Ueber die

Dauererfolge der Totalexstirpation

bei Carcinoma uteri.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

von

Hermann Eller
aus Kleinfischlingen (Rheinpfalz).

Erlangen 1898.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Prof. Dr. Frommel.

Meinen lieben Eltern.

Schon früher wurde in einzelnen Fällen von Langenbeck, Santer, Recamier, Hennig u. a. Die Exstirpation des carcinomatös entarteten Uterus von der Scheide aus vorgenommen. Allein den wenigen dadurch erzielten Heilungen standen so zahlreiche unglückliche Operationen gegenüber, dass man fortgesetzten Versuchen mit den bisherigen, höchst ungenügenden Methoden nicht das Wort reden konnte.

Erst Freund war es vorbehalten, die Frage der Totalexstirpation des Uterus aus dem Stadium ziemlich roher empirischer Versuche auf eine wirklich wissenschaftliche Grundlage zu erheben. Im Jahre 1870 gab er eine neue Methode der Uterusexstirpation an und zwar wählte er den Weg durch die Bauchdecken. Allein die weitgehenden Erwartungen, die man an diese Operation knüpfte, konnten sich nicht erfüllen. Die ungünstigen Resultate wurden Anlass, die alte Santer-Recamier'sche Methode wieder aufzunehmen.

Der erste ausführlicher begründete neuere Vorschlag zur Totalexstirpation per vaginam stammt von Czerny. In ähnlicher Weise operierten dann Billroth, Schede und Schröder und zwar mit so entschiedenen Erfolg, dass die vaginale Methode den ersten Platz in der Behandlung des Gebärmutterkrebses errang, den sie auch heute noch behauptet.

Was nun die Frage betrifft nach dem heutzutage durch diese Operation erzielten Erfolge, so gewinnen wir das beste Urteil darüber durch andauernde Kontrole der operierten Frauen; wir erfahren die Resultate aus den von den verschiedenen Operateuren aufgestellten Statistiken.

Einen Beitrag zur Lösung der Frage über die Dauererfolge der Totalexstirpation bei Carcinoma uteri zu liefern, ist nun der Zweck vorliegender Arbeit, welche ihre Entstehung der Anregung des Herrn Prof. Dr. Frommel verdankt, dem ich auch an dieser Stelle meinen herzlichen Dank auszusprechen mir erlaube.

Im Jahre 1894 wurde schon eine Statistik aus der hiesigen Frauenklinik veröffentlicht. Dieselbe erstreckt sich über die Operationen vom Jahr 1887 d. h. von der Zeit an, da Herr Prof. Frommel die Leitung der hiesigen Frauenklinik übernahm, bis 1893. Alle diese Fälle wurden kontroliert und über die Operierten, die damals noch lebten, wurden von neuem Erkundigungen eingezogen. Ebenso wandten wir uns an die seit 1893 operierten Frauen. Alle wurden veranlasst, wenn möglich sich in der Klinik zu einer Untersuchung vorzustellen oder wenigstens eine ärztliche Meinungsäusserung über ihren Gesundheitszustand einzuschicken.

Es sind denn auch 17 Frauen in der Klinik selbst, einige von Aerzten untersucht worden. Natürlich fanden auch ziemlich viele Frauen, die absolut keine Beschwerden haben, keine Veranlassung, sich vorzustellen oder sich von einem Arzt untersuchen zu lassen. Nach ihren schriftlichen Berichten wurden die betreffenden nur dann als gesund bezeichnet, wenn sie sich durchaus wohl befanden und keinerlei örtliche Symptome zeigten.

Die Todesursache ist amtlich festgestellt und wo sie irgend zweifelhaft erschien, nachträglich vom behandelnden Arzt bestätigt bezw. richtig gestellt worden.

Die Auffindung des Wohnorts und Feststellung der Todesursache war oft recht mühsam und schwierig und nur möglich mit ausgedehntester Inanspruchnahme der Herren Aerzte, der Polizeibehörden und Gemeindeverwaltungen, die uns alle in danken swertester Weise entgegenkamen und behülflich waren.

Wenden wir uns nun zur Sache selbst. Von 1887—1897 kamen im Ganzen 402 Kranke mit Uteruscarcinom zur Be-

handlung. Bei 319 Frauen war das Carcinom nicht mehr operabel, bei 83 wurde die Radikaloperation vorgenommen.

Das ergibt einen Prozentsatz von 20,6 % operabler Fälle. Die Höhe dieser Ziffer hängt im Wesentlichen ab von der Intelligenz der Bevölkerung, dem höheren oder geringeren Masse, in welchem dem Publikum gynäkologische Hilfe bereit steht und zuletzt von der Individualität des Operateurs.

Die Olshausen'sche Klinik hat bisher die günstigste Ziffer; sie hat 46 % operabler Fälle aufzuweisen und dabei verfährt Olshausen streng in der Auswahl. Fritsch hatte in Breslau 19,5 %, sein Nachfolger Küstner 22,8 %, v. Kèzmàrsky in Budapest nur 10 %, Pernice 25,5 %, Olshausen in seiner letzten Zeit in Halle ca. 30 %, sein Nachfolger Kaltenbach 40 %, Thorn in Magdeburg 35%. Aus diesen Zahlen lässt sich die Bedeutung jener Faktoren unschwer herauslesen.

Die in der hiesigen Klinik gemachten Operationen wurden in der weitaus grössten Anzahl der Fälle nach der vaginalen Methode, einige nach der von Freund und Zuckerkandl angegebenen Methode mit verschiedenen Modifikationen ausgeführt.

Der Operation ging nahezu in allen Fällen die Untersuchung in Narkose und genaue Abtastung des Beckenbindegewebes voran. In zweifelhaften Fällen half die mikroskopische Untersuchung ausgeschabter oder ausgeschnittener Schleimhautstücke zur Stellung einer sichern Diagnose.

Die Operation selbst wurde folgendermassen ausgeführt: Patientin wird in Steissrückenlage gebracht, Scheide und Operationsfeld mit Wasser und Seife, alsdann mit Alkohol und Sublimat gründlich desinfiziert. Dabei wird hauptsächlich auf die Desinfektion des Carcinoms selber geachtet. Handelt es sich um irgendwie jauchende oder geschwürig zerfallene Neubildnugen, so werden dieselben mit dem scharfen Löffel abgekratzt und mit absolut desinfizierenden Lösungen abgerieben. Der Grund der Neubildungen wird mit dem Glüheisen verschorft. Bei Carcinomen des Uterus-

körpers wird die Desinfektion auch auf diesen selbst ausgedehnt. Damit während der Operation beim Anziehen des Uterus aus dem Cervix keine stinkenden Massen herausquellen, werden durch denselben mehrere Seidenfäden gelegt, die einerseits zum Verschluss, andererseits zum Herabziehen und Fixieren des Uterus dienen.

Ist die Scheide eng und unnachgiebig, so wird der Damm oder das ganze Scheidenrohr an einer oder beiden Seiten gespalten. Nach Freilegen der Portio und Herabziehen mit Museux'schen Zangen oder mit Seidenfäden, wird an der am leichtesten zugänglichen Stelle, gewöhnlich vorne, möglichst überall $1^1/_2$ bis 2 cm. von der Grenze des Krankhaften entfernt das Scheidengewölbe rings um den Cervix eröffnet, indem die seitlichen Scheidengewölbe mit breiten Hebeln freigelegt werden. Spritzende Arterien werden mit Klemmen gefasst oder umstochen. Ist vorn die Blase möglichst hoch hinaufpräpariert und der Cervix auch hinten und seitlich weit herauf aus dem Bindegewebe und der Scheidenschleimhaut gelöst, dann wird der gefässführende Teil der ligamenta lata mit einer Aneurysmanadel durchstochen. Ist die Ligatur geknotet, wird das abgebundne Stück mit einem Scheerenschnitt vom Cervix getrennt, darauf das nächst höhere Stück unterbunden. Ist dann der Cervix auf der einen Seite abgelöst, wird es auf der anderen Seite ebenso gemacht. Die ligg. lata werden in der Regel in situ, d. h. ohne weitere Lageveränderung des Uterus unterbunden. Nach fester Knotung wird das abgebundene Stück vom Uterus abgetrennt und man fährt so fort, bis die letzte Ligatur um Tuben und Ovarien gelegt ist. Ist die Abtrennung auf der einen Seite erfolgt, gleitet der Uterus gewöhnlich heraus, indem er nur noch am obern Teil der Anhänge der andern Seite hängt; dann wird die Abbindung dieses Restes der Anhänge vollendet.

In die grosse klaffende Peritonealwunde, in welche oft Därme und Netz vorkommen, wird ein angeseilter Gazetampon geschoben. Die ganze Wundhöhle wird jetzt freigelegt um überblicken zu können, ob irgendwo Blut durch-

sickert. Ist dies der Fall, wird die blutende Stelle in eine Klemme gefasst und umstochen. Oefter, besonders früher, erfolgte eine Ausspülung der ganzen Beckenbindegewebswunde.

Die Operationsstümpfe werden sodann in die seitlichen Wundränder hereingeleitet. Früher wurden auf beiden Seiten einige Nähte angelegt, die Mitte des Wundkanals blieb offen und wurde mit Jodoformgaze tamponiert, während in letzter Zeit nach Entfernung des angeseilten Schwammes durch die vordere Scheidenwand, beide Peritionealblätter und hintere Scheidenwand eine Catgutnaht gelegt wird, worauf eine Jodoformgazetamponade der Scheide erfolgt.

In 5 Fällen wurden die von Richelot empfohlenen Klammern zur Kompression der ligg. lata angewandt. Der Uterus wird von vorn und hinten abgelöst, die ligg. lata wurden in umfassende Klammern gelegt und nun wird der Uterus abgetrennt. Die Klammern werden dann nach 24 Stunden etwas gelockert, nach 48 Stunden abgenommen. Der Primärerfolg dieser Fälle war gut; 2 wurden rückfällig, 3 sind bis heute recidirfrei.

Hofmeier äussert sich über die Operation mit Klemmen folgendermassen: Im Allgemeinen hat das Verfahren in Deutschland ausser von Landau nicht viel Beifall gefunden, augenscheinlich, weil bei der ausgebildeten Technik der Operation kein erhebliches Bedürfnis dafür vorhanden ist. Doch ist die Anwendung von Klemmen, welche 48 Stunden liegen bleiben, bei schwer zu stillenden Blutungen aus den unterbundenen Stümpfen unter Umständen sehr bequem. Auch kann es bei ungewöhnlichen Schwierigkeiten bei der Unterbindung sehr angenehm sein, einzelne Teile der ligg. lata in dieser Weise zu versorgen.

In Kombination mit den oben geschilderten Verfahren kam in einigen Fällen die Freund'sche Methode zur Ausführung und zwar in der Weise, dass zuerst von der Scheide aus die Totalexstirpation begonnen wurde, jedoch durch unvorhergesehene Hindernisse dieses Vorhaben unterbrochen werden musste und man sich für die Laparotomie zur Vollendung der Operation entschied. Nur einmal war es um-

gekehrt der Fall, dass zuerst mit der Laparotomie begonnen wurde, jedoch wegen zu grosser Blutung die Operation per vaginam zu Ende geführt werden musste.

Die dritte hier angewandte Methode ist die von Zuckerkandl angegebne und von Frommel zuerst ausgeführte perineale Methode.

Eingeleitet wird dieses Verfahren durch Umschneiden des Scheidengewölbes und Lospräparieren der Blase wie bei der vaginalen Totalexstirpation. Sodann wird ein bogenförmiger Schnitt von einem Tuber ischii zum andern geführt, der Damm gespalten und auf stumpfem Weg zwischen Scheide und Mastdarm vorgedrungen. Ist man am Douglas angelangt, so wird eine breite Peritonealwunde angelegt. Hierauf wird, nachdem man mit der Hand in das Peritoneum eingegangen ist, der Uterns umgekippt und auf beiden Seiten abgebunden.

Wenden wir uns nun nach Schilderung der Operationsmethoden zu den einzelnen Fällen selbst, so erscheint es uns dringend notwendig zum bessern Verständnis Auszüge aus den Kranken- und Operationsberichten zu geben zugleich mit einer kurzen Angabe über den primären und den dauernden Erfolg. Dabei sind auch die schon früher beschriebenen Fälle mit aufgeführt, einmal, um die Sache zu einem abgeschlossenen Ganzen zu gestalten und dann, weil die Resultate von damals heute doch wesentlich anders erscheinen. Zur bessern Uebersicht und leichteren Orientierung soll das Ganze in Form einer Tabelle folgen.

(Siehe Tabelle I Seite 12.)

Wie sich aus der Tabelle ergibt, so trat das Carcinom fast immer unter den typischen Symptonen auf: unregelmäsige Blutungen, Ausfluss, zuweilen Schmerzen im Kreuz und im Leib, zunehmende Schwäche und Abmagerung.

Was das Alter der operierten Frauen betrifft, so ergibt sich ein Durchschnittsalter von 46,2 Jahren und zwar für die Collumkarcinome ein Durchschnitt von 43,6 Jahren. Die jüngste war 22, die älteste 69 Jahre alt. Für die Corpuskarcinome beträgt der Altersdurchschnitt 53,5 Jahre. Die

älteste war 73 Jahre alt und ist auch heute noch nach Jahren völlig gesund und recidivfrei. Die jüngste stand im 33. Lebensjahr.

In 63 Fällen handelte es sich um Collum-, in 20 Fällen um Corpuscarcinom. Die durch die Radikaloperation erzielten Erfolge sollen für beide Arten gesondert betrachtet werden und zwar getrennt in primäre und sogenannte Dauerresultate.

Tabelle I.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leiden Etwaige vorherige Behandlung. Befi
1) Ko. B. 62 Jahre alt.	M. bestehen seit dem 13. Lebensjahre, stark, schmerzhaft. Menopause im 45. Jahre.	1 Partus vor 24 Jahren	—	Seit 2 Jahren unregelmässige B ungen. Befund: Ulcerationen der hint. Mut mundslippe. Cervix mit weichen Mas ausgefüllt. Corpus eigentümlich pra Gefühl, aber beweglich. Linke Anhä frei, rechts infiltrierte Partie vom U rus gegen die Beckenwand.
2) Sch. A. 33 J. alt.	M. seit dem 17. Lebensjahre, regelmässig.	multipar.	—	Seit $^1/_2$ Jahr atypische Blutungen, üb riechender Ausfluss. Ausschabung Uterus. Befund: Ut. am Corpus vergröss Lage normal, Anhänge normal; rech lig. rect. uterin-mässige Verdickung Empfindlichkeit, die aber nicht als c cinomatös angesprochen wird.
3) Pf. H. 29 J. alt.	M. seit dem 14. Jahre. Regelmässig 4—5 Tage alle 4 Wochen. Vor 1 Mon. letzte R.	1 Partus vor 12 J.	—	Seit 5 Monaten atypische Blutung Schwäche, Schmerzen im Kreuz. Befund: Port. vag. in einen klei apfelgrossen zerklüfteten Tumor v wandelt. Vordere Muttermundsli noch intakt. Muttermund für 1 Fin durchgängig. Cervikalkanal ebenfa stark zerklüftet. Corp. ut. etwas v grössert, retrovertiert, teilweise fixie doch aufrichtbar.
4) Br. M. 47 J. alt.	Aus der Anamnese nichts zu entnehmen.	—	—	Seit $^1/_4$ Jahr heftige unregelmässi Blutungen, übelriechender Ausflu Kreuzschmerzen. J. U.: Verdickung der Port. v Muttermund für 1 Finger durchgäng Im Cervikalkanal zottige Massen, leic blutend und in das vergrösserte Co sich fortsetzend. Parametrien nicht filtriert.
5) Fr. R. 49 J. alt.	Menses stets regelmässig schwach. Menopause im 47. Lebensjahre.	4 normale Geburt., letzte vor 10 J.	—	Kurze Zeit nach Aufhören der reg mässigen Menstruation starke und hä fige Blutungen. J. U.: Port. vag. krebsig zerfalle Corp. ut. starr, doch noch beweglic Bänder und Tuben scheinen frei.

Tabelle I.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
c. ade- omat. p. ut.	Operation sehr schwierig. 14. V. 87. Wegen der Infiltration rechts wird das rechte lig. lat. 2 cm vom Ut. entfernt abgebunden. Beim Vernähen des Periton. Abgleiten einer Massenligatur; starke Blutung. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.	13. VI. 87 geheilt entlassen.	22. VII. 88 †. Todesursache unbekannt.
. corp. teri.	Operation in typischer Weise durchgeführt; ohne Schwierigkeit. Wunde in der Mitte offen, mit Jodoform bestreut.	Geheilt entlassen.	Im Jahre 94 vollständig gesund und recidivfrei.
. port. inalis.	Op. 10. II. 88. Entfernung der meist zerfallenen Partieen mit dem scharfen Löffel. Alsdann Exstirpation in typischer Weise; jedoch werden die gesunden Ovarien zurückgelassen. Blutung nicht stark. Tamponade mit Jodoformgaze. Wundverlauf ohne Störung. Am 18. II. werden die Nadeln entfernt.	4. III. 88 geheilt entlassen.	1. X. 88 faustgrosses Recidiv im linken Parametrium. 23. V. 89 †. Kachexie.
. corp. ut.	Op. 23. II. 88. Operation in typischer Weise. Eine Stelle links im Parametrium erscheint suspect. Peritonealhöhle bleibt offen. Blutung mässig stark. Heilung geht glatt von statten.		Daten über Entlassung etc. fehlen. Ueber weiteren Verlauf war nichts in Erfahrung zu bringen.
cerv.	Op. 29. II. 88. Umschneidung und Zurückschieben der Blase. Auffindung des Douglas macht grosse Schwierigkeiten, es wird eine förmliche Höhle ins prorectale Gewebe gesetzt. Beim Abbinden auf der linken Seite schneidet jeder Faden an einer weichen brüchigen Stelle durch, sodass wohl carcinomatöses Gewebe im linken Parametrium zurückgelassen werden muss. Blutung steht völlig nach Herausnahme des vergr. Ut. Abdominalöffnung bleibt offen. Jodoformgazetamponade.	† an Peritonitis 5. III. 88.	

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leiden Etwaige vorherige Behandlung. Bef
6) H. A. 43 J. alt.	M. regelmässig bis vor 2 Jahren; seither unregelmässig.	4 spontane Geburten	—	Leib- und Kreuzschmerzen; starke Blutung und eitriger Ausfluss seit 1 J. J. U.: Im hinteren Scheidengew. das von der Port. ausgehende, hühnereigrosse, teilweise ulcerierte Carcinom mit schmalem Saume auf die Schleimhaut übergreifend. Corp. ut. nicht vergrössert, gut beweglich. Ligg. anscheinend ohne Infiltr.
7) M. M. 43 J. alt.	M. seit dem 15. J. regelm. bis vor $^1/_2$ J. 8—10 Tage, stark.	3 Geb. letzte vor 10 J.	—	Blutabgang seit $^3/_4$ Jahr; Schmerzen im Rücken, weisser Fluss. Appetitlosigkeit, starke Abmagerung. J. U.: 3 cm hinter dem Intr. ein höckeriges, an der Oberfl. zerfallenes, von der hint. Mmlippe ausgehendes Cancroid. Corp. klein, beweglich. Ligamente ohne Infiltr.
8) Fr. K. 39 J alt.	Seit dem 16. J. alle 3 Wochen, spärlich. Letzte Menstr. vor 8 Wochen.	1 Part. vor 17 J.	—	Seit 3 Wochen Schmerzen im Kreuz. J. U.: Im hint. Scheidengew. taubeigrosser, von der vord. Mmlippe ausgehender Tumor mit zerklüft. leicht blut. Oberfl. Hint. Mmlippe klein, Portio schlank, Corp. ut. normal gross, bewegl. Parametrien frei.
9) Pei. A. 33 J. alt.	Seit dem 14. J. Anf. unregelmässig, später stets regelm.	4 Geb. letzte vor 4 J.	—	Brennender Schmerz im Leib, Blut- und Stuhldrang. Bef.: Port. verdickt. Aus dem Muttermund ragt ein wallnussgrosser, von der Portioschleimhaut ausgehender, ulcerierender, leicht blutender Krebsknoten hervor; an einer Stelle auf die hint. Lippe übergreifend mit schmalem Saum auf die Schleimhaut übergehend. In den Parametrien nichts nachzuweisen.
10) W. B. 53 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig stark. Seit 7 M. cessiert.	3 Geb. zuletzt vor 10 J.	—	Weissl. schleimiger Ausfluss. Seit 2 Monaten kann Pat. den Urin nicht halten. J. U.: An Stelle der Port. gr. tiefe in die Scheide hineinragender Tumor, leicht blutend. Hinten Uebergang auf die Scheide. Corpus ut. etwas vergrössert, leicht beweglich. Parametrien vom Carcinom noch nicht ergriffen.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. port. vag.	Op. 2. III. 88. Operat. sehr schwierig und ungünstig. Starke Blutung beim Abbinden der l. Seite. Nach Entfernung des Uterus tropfenweise, kontinuierl. Blutung aus der linken Ecke. Kräftige Tamponade. Katheder mit Blut gefüllt, da wahrscheinlich die Blase verletzt wurde. Pat. kommt pulslos ins Bett, erholt sich gegen Abend. Aus der Scheide sickert fortwährend Blut.	3. III. Pat. stark collabiert. Puls klein, blutiger Urin. † an Verblutung.	—
Carc. port. vag.	Op. 25. I. 89. Ut. in situ herausgenommen. Scheide gegen die Bauchhöhle teilweise offen. Drainage mit Jodoformgaze. Wundverlauf gut.	14. II. Pat. geheilt entlassen.	24. II. Recidiv. † Nov. 1890.
Carc. port. vag.	Op. 15. V. 89. Zuckerkandl'sche Methode. Operation ohne besondere Schwierigkeit. Perit. vollst. verschlossen. Wundhöhle im Sept. rect. vag. tamp. mit Jodoformgaze.	20. VI. 89 geheilt entlassen.	XII. 1897 stellte sich Pat. in der Klinik vor. Gesund und recidivfrei.
Carc. port. vag.	Op. 30. III. 89. Oper. ohne besondere Schwierigkeit. Rechte und linke Anhänge abgebunden; Ut. entfernt. Perit. offen. Jodoformgazetamponade. Heilung geht glatt ab.	19. IV. geheilt; Entlassung.	19. XII. 97 stellt sich Pat. vor und ist vollständig gesund und recidivfrei.
Carc. port. vag.	Op. 14. XII. 89. Op. mit zieml. Schwierigk. verbunden. Unterbindung der Param., Abbindung der Anhänge beiderseits. Herausnahme des Ut. ohne Ovarien. Im hint. Scheidengewölbe finden sich noch 2 carcinomatöse Stellen, die exstirpiert werden. Periton. vernäht, Anblasen mit Jodoform.	Nach der Op. völliges Wohlbefinden Heilung geht rasch von statten. 7. I. 90. Entlassung.	5. II. 90. Recidiv. † 1892.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.
11) Pu. E. 46 J. alt.	Erste mit 19 J. stets regelmässig.	2 Part. letzter vor 20 J.	—	Seit 3—4 Mon. Blutabgang. Seit 6 Mo schweres Zurückhalten des Urins. J. B.: Corp. nicht vergrössert. A Stelle der Port. warzenförmiger, bei B rührung blutender die Scheide erfülle der Tumor. Umgreifen desselben nicl möglich. Tuben und Ligg. frei.
12) Dö. B. 32 J. alt.	Erste mit 15 J. stets regelmässig.	3 Part. letzter vor 2 J.	1 vor 8 Jahren.	Seit 3 Mon. starke Blutung, weiss Ausfluss. J. U.: Faustgr. zerklüfteter, leicl blutender Tumor der hinteren Lipp (Cancroid); auf die Scheide nicht übe greifend. Corp. klein, leicht beweglic Tub. und Ovar. normal. Parametrie intakt.
13) Eck. M. 35 J. alt.	Seit 16. J. regelmässig.	4 Part. letzter vor 3 J.	—	Vor 3 J. Scheidenpolyp, den der Ar wegnahm. Vor 3 Mon. Wiederauftret eines Tumors, den der Arzt wegbrannt Ausfluss, Mattigkeit, Abmagerung. J. U.: Vord. Mmlippe in ein leicl blutendes, kinderfaustgrosses, zerklüf Cancroid verwandelt; rechts 1 cm a die vordere Vaginalwand übergehen Hint. Lippe vernarbt, Corp. klein. A hänge normal.
14) Schw. K. 36½ J. alt.	Seit dem 16. J. regelmässig immer mit Schmerzen verbunden.	6 Part. letzter vor 6 J.	—	Seit ½ J. übelriechender Ausfluss; letzter Zeit profuse Blutungen. J. B.: Zwischen vord. u. hint. Vagina wand höckeriger, sammtartiger Tumo von der vord. Mmlippe ausgehend u die Scheide nahezu ausfüllend. Hinte Mmlippe intakt, Anhänge normal.
15) Me. M. 22 J. alt.	Seit 15 Jahren regelmässig.	—	—	Seit 6 Mon. prof. Menses, seit 14 Tag andauernde Blutung. Februar 90 v ihrem Arzt operiert. Art der Operati unbekannt. Aus dem Mm. ragt ein zerklüft. leicl blutender Tumor. Vord. Lippe seitli in Zerfall begriffen. Auf der recht Seite geht der Tumor direkt auf d Lippe über. Scheide und Parametri frei.

ıgnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
c. port. vag.	23. XI. 89. Auskratzung und Verschorfung des Tumor. Wegen zu starker Blutung Operation verschoben. 25. XI. 89. Exst. nach Zuckerkandl. Ligaturen durch die Parametr. Rechtes Ov. bleibt zurück, linkes wird mitgenommen. Perit. geschlossen; Ausstopfung mit Jodoformgaze. Dauer der Op. 4 St. 15'. Puls am Ende der Op. klein, frequent.	Pat. erholt sich nicht post. op. Es tritt Somnulenz ein. † 26. XI. infolge Shok.	—
. port. vag.	Op. 16. XII. 89. Op. in typ. Weise ohne bes. Schwierigkeit. Rechtes Ovarium bleibt zurück. Periton. geschlossen. Heilung glatt.	12. I. 90 Entlassung.	17. IX. 1890 Untersuchung in der Klinik. Wallnussgr. Erhebung im rechten Scheidengewölbe. Mikroskopische Untersuchung der aus dieser Stelle entnommenen Partikelchen lassen sich nicht als carcinomatöse Wucherung erkennen. † 2. XII. 91 an Carcinom.
. port. ag.	8. IV. 90. Verschorfung der zerfallenen Carcinommassen mit Thermokauter. Op. (11. IV.) in übl. Weise. Abbinden der Anhänge beiderseits; beide Ovarien zurückgelassen. Wundverlauf gut.	30. IV. 90 geheilt.	† 27. XI. 1890. Todesursache? Syphil. Nekrose des Stirnbeins. Pachymeningitis. Carcinomrecidiv.
port.	Op. 7. V. 90 ohne Schwierigkeit. Linkes Ovarium bleibt zurück. Heilverlauf glatt.	28. V. 90 entlassen.	August 92 gänseeigr. Recidiv. † April 94 an Recidiv.
port. g.	Op. 22. V. 90 in übl. Weise ohne bes. Schwierigkeit. Wunde vernäht. Heilung normal.	25. VI. geheilt entlassen.	† 30. IX. 1890.

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens Etwaige vorherige Behandlung. Befu
16) H. A. 56 J. alt.	Seit 17. J. regelmässig. Menopause im 53. J.	3 Geb. letzte vor 23 J.	—	Seit langer Zeit scharfer Ausfluss, Vulva und Umgegend wund mach J. U.: Port. ein leicht blut. zerkl Tumor. Vord. Mmlippe in ger. Gr afficiert, von der hinteren geht das C auf die Scheide über. Parametr. f
17) El. B. 56 J. alt.	Mit dem 18. J. regelmässig bis zur 1. Entbindung. Stets mit Kreuzschm. verbunden. Menopause im 53. J.	3 Geb. zuletzt vor 15 J.	—	Seit einigen Monaten fleischfarbi Ausfluss, hie und da mit Blut gemei Heftige Kreuzschmerzen. J. U.: Portio dick, Mm. quergespal geöffnet. Der Finger dringt in e buchtige, zerklüftete blutende gro Höhle ein, welche sich nach oben re verfolgen lässt und das Corp. ut. sein scheint. Links geht oben faustgrosser, weicher Tumor in Corp. ut. über, in welchen die So sich nicht einführen lässt. Tuben Ligg. normal, Ovarien atrophisch
18) K. M. 69 J. alt.	regelmässig seit dem 17. Lebensj. Menopause im 48. J.	7 Geb.	—	Seit 13 Jahren Kreuzschmerzen, wel von einem chir. Eingriff herrühren sol In letzter Zeit blutig-gelbl. Ausfl J. U.: Port. kurz u. ulceriert. U ration geht auf die l. Scheidenw über. Cervixhöhle weit, klaffend in ganzer Ausdehnung ulceriert höckerig, leicht blutend. Ut. retrov aber beweglich. Ovarien atrophi Parametrien frei.
19) M. B. 55. J. alt.	regelmässig seit dem 19. Lebensj. Menopause im 53. J.	6 Geb. zuletzt vor 17 J.	—	Seit 2 Monaten Zunahme des Abdom an Umfang. Schmerzen im Leib Kreuz. Seit $^3/_4$ Jahr weissl. Ausfl in letzter Zeit nicht mehr. Erschwe Stuhlgang, Blähungen; eine Zeit l erschwertes Wasserlassen. J. U.: Ut. reicht mit dem Fundus zum Nabel. Knollige Auftreibun Cervixhöhle carcinomatös ulceriert, tend. Uterushöhle fühlt sich zerfa an. Sonde geht nicht weiter als nor hinauf. Beiderseits, besonders link den Parametr. flächenhafte Resisten glatt und knollig. Der ganze Ut., durch ein Myom vergrössert sch auffallend beweglich. Scheide frei Carcinom.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Verlauf	Weiterer Verlauf.
Carc. port. vag.	Op. 8. VII. 90. Scheide senil atrophisch; deshalb Incisionen in die Labien nötig. Ovarien bleiben zurück. Heilverlauf gut.	25. VII. 90 geheilt entlassen.	† in der Heimat laut Bericht. Ueber Todesursache war nichts zu ermitteln.
Carc. cerv verb. mit Myoma corp. ut interst.	Op. 25. VIII. 90. Bei Unterbindung des l. Parametr. gewinnt es den Anschein, als ob etwas in carcinomat. Gewebe gearbeitet worden wäre. Die senil atr. Ov. bleiben zurück. Vollst. Verschluss der Wunde. Jodoformgazetamponade.	17. IX. 90 geheilt.	20. X. 90 recidivfrei. † 8. VIII, 91 an Recidiv.
Carc. cero.	Op. 31. I. 91 ohne bes. Schwierigkeit. Abbindung links vom Cervix nicht ganz in gesundem Gewebe. Totaler Wundverschluss.	13. II. 91. geheilt.	† 7. VII. 91 an Recidiv.
Carcinomatös gegen. Myom.	Oper. 2. III. 91. Freund'sche Methode mit Modificationen. Op. wegen Aussichtslosigkeit auf Erfolg unterbrochen, da der bis zum Nabel reichende Ut. sich als eine grosse Carcinommasse präsentierte.	† 6. III. 91.	Sectionsbef.: Kindskopf grosses Carcinom des Uterus

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befun
20) Ev. A. 65 J. alt.	seit 15. J. regelmässig Menopause im 52. J.	keine	—	Seit 12 Wochen Schmerzen im Lei starker weisser Ausfluss, mitunter bl tig verfärbt. Bef.: Ut. etwas reponiert. Corpus e wenig vergrössert, keine knolligen E hebungen. Port. und Cervix unverä dert. Dagegen hint. Uterusfl. unebe Parametrien frei.
21) Mü. A. 57 J, alt.	seit 19. J. regelmässig Menopause im 46. J.	VIII Bei der VI. schl. Wochenbett.	1	Seit 19 Wochen geringer Blutabgan Seit 10 Wochen Schmerzen im Kre und Unterleib. J. U.: Ut. mässig vergr., Cervix einen tiefen durch Ulcerationen ze klüfteten Krater verwandelt. Carcino geht aufs hint. Scheidengewölbe übe Parametrien frei.
22) He. M. 46 $^1/_2$ J.	seit 14. J. regelmässig.	I vor 18 J.	—	Pat. klagt seit Febr. 90 über reissend Schmerzen im Unterleib; vor allem auc in den Seiten. Abmagerung, Mattigkei J. U.: Port. derb. Cervikalkanal rau uneben. Hinter äusserem Mm. rauh höckerige, brocklige Höhle, bei Berü rung leicht blutend. Corp. normal g lagert, vergr., mit einigen knollige Erhebungen bedeckt, an der hint. War eine 5 Pfennigstückgrosse. Ut. hinte etwas fixiert. Anhänge normal.
23) Pa. A. 49 J. alt.	seit 19. J. regelmässig,	IV l. vor 13. J.	1 Abort im V. Mon. vor 26 J.	Dysmennorhoe und Mennorrhagie se ein Jahr. Seit 4 Wochen Kreu schmerzen, in letzter Zeit audauernd Blutungen. J. U.: Ut. vergr. und empfindlic Cervixschleimhaut durch carcinomatö Wucherungen zerstört; scheinen bis i den Fundus heraufzugehen. Uteru schleimhaut sehr rauh und leicl blutend. Im Parametr. links, bes. rech Infiltrationen, die aber nicht sicher a carcinomatös erkannt werden. Knote bildung im Parametr nicht nachweisb Tuben und Mutterbänder frei.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
arc. corp. ut.	Op. 21. IV. 91 mit ziemlich bedeutenden Schwierigkeiten verknüpft. Uterus sehr brüchig. Plötzliches Abreissen des Cervix und des unteren Teiles des Uteruskörpers. Starke Blutung. Laparotomie. Nach Stillung der Blutung wird Op. von der Scheide aus beendet. Wunde in der Mitte offen, Jodoformgazetamponade.	2. V. 91 †. Peritonitis.	†
arc. cerv.	Op. 9. V. 91 in typischer Weise. Eröffnung des Douglas schwierig. Unterbindung der Parametrien bis $^2/_3$ gegen den Fundus. Totaler Verschluss. Jodoformgazetamponade.	Wundverlauf 20 V. geheilt.	18. X. 1892 grosses Scheidenrecidiv. † 2. IV. 1893.
arc. cerv. corp. ut.	Op. 1. XI. 91. Bei Umschneidung der linken Partie des Cervix hat es den Anschein, als ob nicht ganz im Gesunden operiert würde. Ziemlich bedeut. Blutung. Ut. morsch, bekommt Risse. Es ergiesst sich Jauche in die Scheide. Ausspülung. Ovarien bleiben zurück. Totaler Wundverschluss. Scheide tamp. mit Jodoformgaze.	27. XI. geheilt.	† 10. XII. 92. Ob an Recidiv konnte nicht ermittelt werden.
rc. cerv.	Op. 22. VII. 91. Exstirp. in übl. Weise. Im rechten Parametrium Abtragung in gesundem Gewebe unmöglich. Die erwähnte infiltrierte Partie war doch carcinomatös.	26. VII. Peritonitis-Erscheinungen. 27. VII. Kräfteverfall. Exitus letalis †	†

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befun
24) Fö. M. 62 J. alt.	Seit 16 Jahren regelmässig. Menopause im 50 J.	IV	—	Seit 2 Jahren Blutausfluss, Schmerz im Unterleib. J. U.: Corp. ut. nicht vergrösse Uterusschleimhaut fühlt sich mit d Sonde rauh an, Cavum uteri schei sehr weit. Im rechten Parametriu mässige, flächenhafte Verdickung.
25) Po. M. 36 J. alt.	Seit 15. J. regelmässig meist mit Krämpfen verbunden.	II 2 mal Forceps.	—	Seit letzter Entbindung (1888) Kreu schmerzen. Mai 91 3 Wochen la andauernde Blutung. J. U.: Port. rauh, hart, leicht bluter Vord. Mmlippe bes. stark vergr., knoll hart. Ut. etwas vergr., Uterusschlei haut blutet bei Sondierung. Parametrien frei.
26) Sti. B. 45 J. alt.	Seit 15. J. regelmässig.	III 1. vor 12 J.	—	Seit einigen Monaten rötlich-weis Ausfluss. Mitunter Schmerzen. J. U.: Ut. vergrössert. In die Scheide ra ein etwa gänseeigrosser, ulcerierter T mor, der als Cancroid der vorderen u hinteren Mmlippe angesprochen wi Beiderseits spannen sich die Parametri im unteren Drittel straff an; rec scheint eine beginnende Infiltration v handen zu sein. Nach oben schei sie frei von Metastasen. Anhänge norm
27) Wu. M. 43 J. alt.	Seit 18. J. regelmässig.	VIII	II.	Vor 10 Wochen starke Blutung be Coitus. Seit 6 Wochen andauern Blutabgang. J. U.: An Stelle der vord. Mutt mundslippe tiefer, jauchiger Tum dessen Umgebung hart infiltriert i Cervix verdickt. Cervixschleimhaut scheint gesund. Ut. normal gross weglich. Parametrien frei. Tuben u Bänder gesund.
28) Trö. K. 41 J. alt.	Seit 16. J. regelmässig.	VIII	—	Seit 2 Mon. Ausfluss, in letzter Z mit Blut gemischt. J. U.: Port. in eine grosse, ulcerie mit jauchig zerfallenen Massen bedec Geschwürsfläche verwandelt. Die ceration von harter, wenig scharf grenzter Infiltration umgeben. N hinten greift das Geschwür auf Scheidengewölbe über, besonders w nach links. Cervix hart infiltri Ut. vergrössert, normal gelagert. B Herabziehen spannt sich das linke rametrium stärker an. Eine deutli Infiltration oder Knoten sind jed auf dieser Seite nicht nachweisba **Ovarien normal.**

iagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
rc. corp. ut.	7. IV. 91 Probeauskratzung. Op. 13. IV. 91 in typisch. Weise ohne bes. Schwierigkeit. Abbindung der Parametrien bis $^2/_3$ der Länge des corp. ut. Wunde geschlossen. Jodoformtamponade. Heilverlauf glatt.	3. V. 91 geheilt.	Bis zur Zeit recidivfrei. (10. XII. 97 stellte sich Pat. vor.
rc. cerv.	Vor der Op. 2 Probeexcisionen. Op. 3. IX. 91. Totalexstirpation in übl. Weise; ohne Schwierigkeit vollständ. Verschluss der Wunde. Heilverlauf gut.	22. IX. 91 geheilt.	Bis heute vollst recidivfrei. (Wohlbefinden.)
rc. cerv.	Op. 30. IX. 91. Sehr schwierig. Combination der Freund'schen Methode mit vag. Meth. Verschluss der Wunde.	23. X. 91 geheilt.	12. I. 97. Links in der Narbe Recidiv. † 17. XI. 92 an Recidiv.
rc. port. vag.	Op. 14. I. 92. Totalexstirpation ziemlich leicht anszuführen. Perit. und Scheidenwand völlig geschlossen.	† 23. I, 92, Eiterige Peritonitis.	† nach neun Tagen. Peritonitis.
rc. corp. teri.	Op. 16. II. 92. Ulcerierten Partieen mit dem scharfen Löffel entfernt. Ausspülung mit 5 % Carbollösung. Die weitere Op. in typ. Weise ohne besondere Schwierigkeiten. Umschneiden der Neubildung in grosser Ausdehnung. Scheidenwunde bleibt offen; Jodoformgazetamponade.	12. III. geheilt.	Heilung von Dauer. Zur Zeit noch recidivfrei. (10. XII. 97 untersucht).

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leiden Etwaige vorherige Behandlung Befu
29) Ki. M. 33 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	IV	—	Seit 5 Mon. Blutabgang. Drang : Wasserlassen. J. U.: An Stelle der Port. gro mit jauchigen Zerfallsprodukten deckte, ulcerierende Fläche, deren gebung hart infiltriert ist. Lippen Muttermund nicht zu unterschei Neubildung geht rechts vorne und ten oben auf das Scheidengewölbe ü nach links reicht sie ebenfalls bis Scheidenwand. Cervix verdickt. nicht vergrössert, frei bewegl. Tu und Ovarien normal. Parametr. vo frei von Infiltration; nur scheint linke etwas verdickt, aber keine Kn oder feste Stränge nachweisbar.
30) R. M. 31 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig.	IV letzte vor 12 Woch.	—	Seit der letzten Entbindung stets B abgang. Seit 8 Tagen Kreuzschm Mattigkeit. J. U.: Port. grosse ulcerierende Flä mit hart infiltrierten Rändern, mit chigen leicht blutenden Massen bede Ulceration greift links vorne u. hi auf die Scheide über. Muttermun Cervikalkanal nicht aufzufinden. Ce hart infiltrirt, stark verdickt. Corp. vergr. scharf retrofl., gut bewegl. B Herabziehen spannt sich das linke recto-uterinum stark an. Paramet frei; linkes etwas verdickt. Ca nomatöse Stellen lassen sich trotzdem nicht nachweisen. Ova normal.
31) An. K. 73 J. alt.	Menopause im 48. J.	—	—	Seit 3 Jahren blutige Ausscheidung seit 2 Mon. beständiger Blutausfl In letzter Zeit starker Marasmus J. U.: Port. völlig atroph. Aus Muttermund entleert sich fortwähr Blut. Corp. ut. gross (8 cm) antev weich, bewegl. Sonde dringt an der h Fläche in weiche Massen. Tuben Bänder normal, Ovar. atroph.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. port. vag.	18. II. 92. Die verjauchten Massen mit dem scharfen Löffel entfernt. 19. II. Totalexstirpation ohne besond. Schwierigkeit. Die unteren Partieen des lig. lat. verdächtig. Unterbindungen werden möglichst weit weg von der Cervix gelegt. Scheidenwunde in der Mitte offen. Jodoformgazestreifen in die Bauchhöhle, Tampon. der Scheide.	10. III. 92 geheilt.	Juli 92 Recidiv. † 23. II. 93 an Recidiv.
Carc. cerv.	Op. 4. III. 92. Entfernung der zerfallenen Massen mit scharfem Löffel. Ausspülung. Exstirp. in üblicher Weise. Abbindung des link. lig. lat. dicht am Carcinom. Aus dem Abdomen entleert sich eine grosse Menge seröser Flüssigkeit. Wunde bleibt in der Mitte offen. Jodoformgazetampon. Wundverlauf gut.	23. III. 92 geheilt.	19. VII. 92 an Recidiv behandelt. † 5. II. 93 an Recidiv.
Carc. adenom.	Nachdem am 26. III. 92 vorsichtig die Mucosa ut. excochleirt u. mikroskopisch ein Carc. adenomat. festgestellt wurde, erfolgt am 28. III. Totalexstirpation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Die atroph. Tuben u. Ovarien werden zurückgelassen. Scheidenwunde in der Mitte offen; Tamp.	26. IV. 92 geheilt.	Bis heute gesund u. recidivfrei.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
32) Fi. E. 48 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig bis vor 3 J.	I	—	Seit 2 Jahren Blutung; seit $^1/_2$ J. fl albus. J. U.: Port. klein, nach hinten gerich mit seitlichen Einrissen. Muttermu bequem für 1 Finger durchgängig, eber Cervix. Oberhalb des Muttermu weiche, bröckelige, leicht unter Blutu zerdrückbare Massen, welche das ga Endometr. erfüllen. Corp. sehr gro antefl. nach rechts verlagert, hart, beweglich. Tuben u. Parametrien f Linkes Ovar. vergrössert.
33) Ko. K. 34 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	VI 4 Kinder tot gebor.	—	Seit $^1/_2$ Jahre Blutungen. Ueber Verhältnisse des Genitaltrak konnte leider nichts in Erfahrung bracht werden.
34) Lu. J. 44 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig.	VI	—	Seit 4 Monaten starke Blutungen v bunden mit Kreuzschmerz. J. U.: Portio verdickt. An Stelle Muttermundes ein tiefes, knotenförmi Geschwür mit jauchigen, unregelmä gen, zerfressenen Rändern, die von h ten Infiltrationen umgeben sind. C vix stark verdickt, Corp. normal gr retrovertiert, leicht aufzurichten herabzuschieben. Linkes Parametri vollständig frei, rechtes spannt sich b Tieferziehen in deutlichen Sträng enthält aber keine knolligen Auft bungen. Ovarien u. Tuben ganz n mal. Da am 10. XII. 92 Pat. star Blutabgang hatte u. man bei der tersuchung wahrnahm, dass das B hoch herab aus der Cervix rieselte, wurde mit dem ferr. cand. eine grü liche Verschorfung vorgenommen, rauf Blutung stand.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. corp. ut.	Op. 20. VII. 92. Unterbindung der ligg. latt. sehr schwierig wegen der Grösse des Ut. Nach vergeblichen Versuchen gelingt es endlich, den Ut. vom Rect. aus umzustülpen. Beim Anziehen läuft stets jauchige Brühe aus der Cervix. Scheidenwunde in der Mitte offen; Jodoformgazetamp.	11. VIII. 92 geheilt.	22. IX. 92 Untersuchung in der Klinik. Recidiv wird nicht nachgewiesen. † 15. I. 98 an Recidiv. Sektion ergibt: Im Beckeneingang Kindskopfgr. carcin. Tumor. An der Wirbelsäule eine Kette kleinerer Tumoren. Pankreas in einen gr. carc. Tumor verwandelt.
Carc. port. vag.	Op. 1. XI. 92. Zunächst Entfernung der Hauptmasse des Carc. mit scharfem Löffel. Verschorfung. Dann Exstirpat. in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Wunde in der Mitte offen, mit Jodoformgazetamp.	Geheilt.	Bis zur Zeit völlig gesund. Recidivfrei.
Carc. cerv.	Op. 14. XII. 92. Verschorfung der Carcinomhöhle. Exstirp. in typischer Weise. Beide Tuben u. Ovarien bleiben zurück. Wegen des verdächtigen Stranges rechts wird der Stumpf nochmals angezogen u. mehrere Nadeln weit nach hinten u. seitlich gelegt. Das abgeschnürte Stück mit dem Paquelin verschorft.	8. I. 93 geheilt.	Mai 93 noch recidivfrei. Nov. 93 Recidiv. † 12. V. 94 an Recidiv.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leiden Etwaige vorherige Behandlung. Befi
35) Sch. B. 42 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig.	VII	—	Seit 8 Wochen Blutungen. K Schmerzen. J. U.: An Stelle der Port. ein die dere Lippe einnehmendes, an der O fläche stark jauchiges, carcinomati Geschwür. Hintere Lippe gesund. C klein, frei beweglich. Rechte Anhä frei; im linken Paramet. einige d Stränge. Carc. greift nicht auf Scheide über.
36) Wu. Chr. 31 J. alt.	Seit dem 18. J. unregelm.	V	—	Seit 2 Monaten anhaltende Blut ohne Schmerzen. J. U.: Vagina glatt, weit. Im vord Scheidengewölbe pilzartige, höcke gegen die Scheide sich abhebende schwulst, von der vorderen Lippe gehend. Deutliche Infiltration in den Para nicht vorhanden; höchstens rechts nige kleine Knötchen. Anhänge Bänder frei.
37) Bau. M.	—	—	—	—
38) Däu. K.	Seit 12. Jahre regelmässig.	III	—	Seit 3 Monaten Blutung und eiter Ausfluss. J. Befund fehlt.
39) Ru. F. 52 J. alt.	—	—	—	Anamnese und Befund fehlt.
40) Kü. A. 66 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig, Menopause im 51. Jahre.	I	I vor 34 Jahren	Seit Mai 93 Blutungen. Eiteriger A fluss. Schlaflosigkeit. Abmageru J. B.: Port. in einen derben, höck gen Tumor verwandelt, der im wes lichen der vorderen Lippe angeh Beim Eingehen in die Cervix fühlt krümelige, leicht abreissbare Mas Corp. ut. atroph., normal gelager Anhänge und Parametrien frei.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. port. vag.	28. I. 93. Verschorfung des Carc. Exstirpation ohne Schwierigkeit. An den verdächtigen Stellen Abtragung weit entfernt. Verschorfung der Stümpfe.	Geheilt entlassen.	Zur Zeit völliges Wohlbefinden. Recidivfrei.
Carc. port. vag.	Op. 27. IV. 93 in typischer Weise.	3. V. 93. Exitus letalis Peritonitis.	† an Peritonitis post op.
Ca. cerv.	—	—	† 14. I. 94.
Ca. cerv.	19. V. 93. Operation ohne besondere Schwierigkeit in typischer Weise.	9. VI. geheilt.	† 29. III. 95. Todesursache Recidiv. Juli 93 Recidiv in der Scheide.
Ca. corp. ut.	Op. 31. V. 93. Operation ziemlich mühsam. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	25. VI. geheilt.	† Nov. 93 an Verblutung nach Operat. eines Mammacarcinoms.
Ca. cerv.	Op. 6. VII. 93. Operation ohne Schwierigkeit in üblicher Weise. Wunde total geschlossen.	23. VII. geheilt.	† 20. V. 96. Todesursache unbekannt.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
41) Laut. B. 48 J. alt.	Seit 18. Jahre unregelm.	III	—	Seit August 93 Blutungen, die ei Zeit lang aussetzten, aber im Oktol wiederkehrten. Kreuzschmerzen. J. U.: Port. verlängert. Gegend d äusseren Mm. ersetzt durch einen d ben, höckerigen Tumor mit wulstig Rändern, leicht blutend. Tumor gre nicht auf die Scheide über. Corp. nur wenig vergrössert, nicht schme haft. Anhänge normal. Parametri frei. Ligg. recto-uterina verdickt, doch keine Knoten wahrnehmbar.
42) Ke. M. 43 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig.	II Nach d. 1. Entb. 8 Woch. an Puerperalfieber erkrankt	—	Seit 2 Monaten heftige Blutung Schwäche. J. U.: Corp. normal, beweglich. Recl im Param. derber, harter Strang, doch nicht bis ans Becken reiche Port. in einen pilzförmigen, zerklüf ten Tumor verwandelt. Ovarium recl grösser als links. Sonst Anhänge u. Ligg. recto-uteri normal.
43) He. S. 53 J. alt.	Seit 18. Jahre regelmässig. Menopause im 44. Jahre.	IV	—	Seit $^3/_4$ Jahren Blutungen u. Schmerz im Unterleib. J. U.: Corp. ut. klein, atroph., leic beweglich. Vorderes u. hinteres Sch dengewölbe geht in einen Trichter n wallartigen Rändern über, der na oben hin enger wird. Die Innenfläc des Trichters, welche die atroph. C vix darstellt, höckerig u. leicht bl tend. Auf der rechten Seite geht direkt vo Carc. aus ein etwa Ballbleistift dick Strang nach hinten, dem Lig. rect uterin. entsprechend; ein ähnlicher was dünnerer von der linken Seite a
44) Teu. B. 38 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig.	III	—	Seit 10 Wochen Abgang von dickflü sigem Blut. Keine Schmerzen. J. U.: Ut. etwas vergrössert, nic schmerzhaft. Muttermund quergesp ten. Vordere Lippe überragt die hi deutlich. Ausserdem fühlt sie sich ve dickt u. derb an, blutet bei der Berü rung nicht unerheblich. Bei der B sichtigung mit dem Speculum gewäh sie ein einer Erosion ähnliches Bil Ovarien nicht vergrössert. Tuben u Mutterbänder ohne Befund.

Diagnose.	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
arc. port. vag.	Op. 23. X. 93. Totalexstirpation in typischer Weise ohne besondere Schwierigkeit. Einige Zeit post op. Puls rasch u. schwach. Anämie. Diagnose auf innere Blutung. Laparatomie. In den linken Anhängen war eine Ligatur abgeglitten. Unterbindung. Kochsalzinfusionen. Abends Collaps.	† 23. X. 93. Verblutung.	†.
arc. port. vag.	Op. 7. XI. 93. Nach Verschorfung des Carc. Operation in üblicher Weise ohne Schwierigkeit. Parametrien werden weit mit herausgenommen. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	25. XI. 93 geheilt.	† 18. XII. 94 an Marasmus. 2—3 Mon. post op. grosses Carcinom der Vagina auf die Blase übergreifend.
arc. cerv.	Op. 6. XII. 93 ohne besondere Schwierigkeit in üblicher Weise. Rechte u. linke Anhänge entfernt. Abbindung der Parametrien. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	23. XII. entlassen mit gut granulierender Wunde. Geheilt.	Zur Zeit völlig gesund. Recidivfrei.
Carc. port. vag. et cerv.	12. IX. 93 Amputation der vorderen Lippe. Excision aus der hint. Carcinom. 16. IX. Totalexstirpation ohne Zwischenfall. Teilweise Vernähung der Scheide. Glatter Wundverlauf.	30. XI. geheilt.	Nach 3 Monate verdächtig. April 94 Recidiv. Keine Beschwerden. † 2. I. 96 an Carcinomrecidiv. Blasenscheidenfistel, Hydronephrose, **Urämie.**

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befun
45) Schm. D. 36 J. alt.	Seit dem 16. J. regelmässig.	VI	—	Seit 6 Monaten starke Blutungen, u regelmässig. Keine Schmerzen. Befund: Stark vergrösserte Portio i einen derben Tumor verwandelt, d auf beide Lippen, namentlich die hi tere, übergegangen ist. Corp. etwa vergrössert, sehr beweglich. Ovarie nichts besonderes. Parametrien werde frei erfunden.
46) Je. M. 53 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig, in letzter Zeit oft lange aussetzend.	I vor 2 Jahren	—	In letzten Wochen zuweilen Leibschme zen. Abgang geronnenen Blutes. Wasserdrang. J. U.: Portio normal gross, Muttermun für 1 Finger durchgängig. Cervika schleimhaut glatt. Corpus antevertier normal gross, gut beweglich. Mikroskopische Untersuchung der au gekratzten Schleimhaut ergibt Carcinon
47) Nii. M. 39 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig.	V	—	Seit 2 Monaten starke Blutungen. J. U.: Portio, besonders hintere Lipp in einen blumenkohlartigen, an d Oberfläche leicht zerfallenen, sonst ha ten Tumor umgewandelt. Cervix tei weise durchgängig. Corp. normal gros retrofl. Parametrien frei; doch geb rechts eine halbbleistiftdicke, leich verschiebliche Resistenz bis in die Näh des Beckens. Ovarien normal.
48) Mey. M. 41 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig.	X 2 mal Zwillinge	—	Seit 14 Tagen blutiger, übelriechende Ausfluss. J. U.: Aus der in einen tiefen Trichte umgewandelten Portio blutig-eitrige Ausfluss. Corpus beweglich, etwas ver grössert. Douglas'sche Falten beider seits etwas gespannt und verdickt Knollen nicht fühlbar. Rechtes Ov. derb u. höckerig, C. klein atroph.
49) Hoe. El. 38 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig.	V	—	Schmerzen im Kreuz u. Unterleib. Dunk ler blutiger Ausfluss seit 4 Monaten. J. U.: Port. in einen zerklüfteten, leich blutenden Tumor verwandelt. Corp retrovert., normal gross. Parametrie und Anhänge frei. Rechte Douglas-Falte in ganzer Aus dehnung als verdickter Strang zu fühlen

iagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Crc. port.	22. I. 94. Auskratzung u. Verschorfung der carcinomat. Massen. Totalexstirpation ohne besond. Schwierigkeit, doch zeigt sich, dass das Carc. in Form einer plattenartigen Verdickung ins Parametr. hineinragt. Es gelingt jedoch, jenseits d. Verdickung abzutragen. Untersuchung des Parametr. am Ut. ergibt carcinomat. Infiltration. Prognose zweifelhaft, da wahrscheinl. Carcinomreste zurückgeblieben.	13. II. 94 entlassen. Im rechten Wundwinkel leicht blutende Stelle, Umgebung nicht infiltriert.	4. I. 95 Recidiv. † 20. VIII. 95.
Crc. corp.	27. I. 94. Operation ohne besonderen Zwischenfall. Ovarien bleiben zurück. Wunde in der Mitte 2 cm offen; Jodoformgazetamp.	13. II. 94 entlassen. Wunde granulierend.	27. XI. 95 Recidiv. † 23. VIII. 96.
Crc. cerv.	12. II. 94. Operation ohne besondere Schwierigkeit. Abbindung der Parametrien weit vom Ut. entfernt. Ovarien zurückgelassen. Wunde in der Mitte etwas offen, tamp. mit Jodoformgaze.	10. III. 94 entlassen. Wohlbefinden.	11. XII. 97 Recidivfrei.
Crc. cerv.	18. IV. Totalexstirpation in üblicher Weise. Scheide gegen die Bauchhöhle bis auf eine kleine Oeffnung geschlossen. Jodoformgazetamp.	5. V. 94 geheilt entlassen.	Ueber weitern Verlauf war nichts zu ermitteln.
Crc. port. vag.	9. V. 94. Operation macht keine besondere Schwierigkeiten. Peritonealhöhle in der Mitte offen u. mit Jodoformgaze tamponiert.	26. V. entl. Geheilt. Ränder der Narbe hart und derb.	12. XII. 97 Wohlbefinden. Recidivfrei.

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
50) Eh. B. 51 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig, mit Krämpfen verbunden.	VII	—	Seit einigen Monaten unregelmäss Blutungen. In letzter Zeit übelriech der Ausfluss. Abmagerung, Vers pfung. Portio kurz; Cervikalkanal enthält z fallene, stark übelriechende Krebsmass Corp. ut. retrovertiert, gut bewegli Im linken Parametr. gleichmässig in trierter dünner Strang. R. P. fi Anhänge ohne bes. Befund.
51) Eng. Fr. 43 J. alt.	Menses vom 19.—40. Jahre regelmässig, in letzter Zeit nicht mehr.	III	—	Seit 9 Monaten Blutung, mitunter Au fluss. Ohrensausen, Schwindel, Abn gerung. J. U.: Portio in einen ziemlich hart höckerigen Tumor verwandelt, von vord. Lippe ausgehend. Ut. zieml gross, beweglich. Rechtes Parametr. u. Douglas norm Linker Douglas in ganzer Ausdehnu verdickt. In der Gegend des Ileo-sacr Gelenkes eine kirschengrosse, mit Unterlage verwachsene Lymphdrüs
52) Gei. L. 51 J. alt.	Seit dem 16. J. regelmässig. Menopause im 49. Jahre.	—	—	Seit $^1/_2$ Jahr sehr reichl. blutig-serö Ausfluss. Dabei heftige Leibschmerz Befund: Abdomen stark ausgedeh durch einen nicht ganz bis zum Nab reichenden Tumor, welcher als der v grösserte Ut. anzusehen ist. Port kurz, virginell, zapfenförmig. Ueb riechendes eitriges Sekret.
53) He. A. 51 J. alt.	Seit 13. Jahre regelmässig. Menopause mit 49 Jahren.	—	—	Seit 1 Jahr stärkere Ausdehnung d Leibes. Vor 6 Wochen 8 Tage la dauernde Blutung. Kreuzschmerzen J. U.: Portio vollständig verstriche Corp. ut. in einen über kindskopfgross derben Tumor verwandelt, mit glatt Oberfläche, nach oben bis beinahe zu Nabel reichend. Anhänge ohne besonderen Befund.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. cerv.	24. V. 94. Auskratzung u. Verschorfung der Krebsmassen. Vordere u. hintere Muttermundslippe aneinander genäht. Abbinden des linken Paramet. weit entfernt vom Ut. Linkes Ovarium zurückgelassen. Scheidenwunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	17. VI. Entlassung. Urinabgang durch die Scheide. Sonst Wohlbefinden.	94 Fistel geheilt. 10. XII. 97 gesund u. recidivfrei.
arc. cerv.	29. V. 94. Operation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Periton. offen; Jodoformgazetamp.	22. VI. Entlassung. Untersuchung per rectum: Rechts gleichmässig verdickter Strang, nicht bis zum Becken. Links bleistiftdicker Strang bis ans Becken. Die erw. Lymphdrüse vergrössert.	9. XII. 97 gesund u. recidivfrei (bei schwerer Arbeit).
rc. corp. ut.	9. VI. 94. Totalexstirpation per vag. begonnen; wegen zu heftiger Blutungen per Laparatomiam beendigt. Da aus den Tuben sich Eiter in die Bauchhöhle ergoss, bleibt die Wunde offen u. der ganze Trichter bis in die Scheide mit Jodoformgaze drainiert.	10. VI. Puls klein und beschleunigt. † unter den Zeichen von Herzschwäche.	† post op.
arc. et nyoma orp. ut.	30. VIII. 94 Laparatomie; mit ziemlich bedeutenden Schwierigkeiten verknüpft. Wegen des verjauchten Inhalts der Uterushöhle muss von der Totalexstirpation des Ut. von der Bauchhöhle aus abgesehen werden. Collum ut. wird mit einem Gummischlauch abgeschnürt, das corp. ut. abgesetzt. Cervixhöhle verschorft, dann vernäht. Bauchwunde geschlossen.	20. IX. † an diffuser eitr. Peritonitis.	† post op.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befun
54) Zi. Th. 63 J. alt.	Seit dem 18. J. regelmässig. Menopause mit 48 Jahren.	II	—	Seit 5 Wochen Abgang geronnene Blutes, übelriechend. J. U.: Portio in einen zerklüfteten, leicl blutenden Tumor verwandelt. Corp. u normal gross, gut beweglich. Bei d Rectaluntersuchung fühlt man vom Ce vix abgehend nach links hinten eine bleistiftdicken gleichmässigen Strang Im übrigen sind die Parametrien fre
55) Am. M. 37 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig.	IX einmal Zwillinge	—	Seit einigen Monaten unregelmässig Blutungen, hie u. da weisser Ausflus Keine Schmerzen. J. U.: Von der vorderen Muttermund lippe hat sich ein blumenkohlartige fast die ganze Scheide ausfüllender, leicl zerfallener und blutender Tumor en wickelt. Hintere Lippe grösstentei gesund. Corp. ut. normal gross, ant flectiert. Nach rechts geht im Param trium ein ganz dünner, gleichmässi infiltrierter Strang nicht ganz bis an Becken herüber. Anhänge ohne abnormen Befund.
56) Brei. K. 56 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig. Menopause im 42. Jahre.	VII	1	Blutungen seit 1 Jahr; sehr stark. J. U.: Portio verkürzt; Muttermun quergespalten, für die Fingerkupp durchgängig. Corp. ut. vergrössert, weicl beweglich. Aus dem Ut. entleert sic blutig-eitriger, übelriechender Ausflus 2. V. 95. Auskratzung.
57) Bez. L. 48 J. alt.	Regelmässig. Seit dem 16. J. regelmässig. Menopause mit 48 Jahren.	?	—	Seit 3 Mon. unregelmässige Blutungen zuweilen Schmerzen. J. U.: Ut. nicht vergrössert, beweglicl Portio zerklüftet durch einen von de Cervikalschleimhaut ausgehenden, mäs sig derben, höckerigen, bei der Berüh rung leicht blutenden Tumor, welche sich ziemlich weit nach links herübe erstreckt. Auf der linken Seite erschein das Parametr. kürzer als rechts, etwa verdickt, ohne dass man knollige Ver dickungen fühlen kann.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. cerv.	14. IX. 94 Totalexstirpation per vag. Das Carc. geht nahe an die Blase heran u. hat auf beide Parametrien, bes. nach links übergegriffen. Bei dem Versuch, den Ut. zu invertieren, reisst die dünne Wand u. es entleert sich jauchiger Eiter. Links bleibt Tube u. Ovarium zurück, rdchts wird die knollig angeschwollene Tube entfernt. Wunde u. Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.	5. X. Entlassen: Keine besond. Beschwerden, doch in der granulierenden Wunde eine carcinom-verdächtige Stelle.	8. VIII. 96 Carcinoma recidiv. parametrii utriusque et vag. ant. † 11. XII. 96 Recidiv.
Carc. port. vag.	5. XI. 94. Totalexstirpation ohne bes. Schwierigkeit. Beide Tuben u. Ovarien zurückgelassen. Wunde in der Mitte offen, mit Jodoformgaze tamponiert.	24. XI. 94 geheilt entlassen.	11. XII. 97. Keine Symptome. Recidivfrei.
Carc. corp. ut.	4. V. 95. Totalexstirpation in üblicher Weise. Links bleibt Tube u. Ovarium zurück. Wunde in der Mitte offen. Parametrien sind frei. An der hinteren Uteruswand taubeneigrosser zerklüfteter Tumor; ferner 2 kleine etwa bohnengrosse Erhabenheiten, die sich als nicht bösartige Adenome erweisen.	26. V. 95 Entlassung geheilt.	11. XII. 97 recidivfrei.
Carc. cerv.	29. V. Operation ohne irgendwelche Komplikation. Drainage der Wunde.	19. VI. 95 geheilt.	14. XII. 97 recidivfrei.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befund
58) Wei.M. 49 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig. Menopause mit 48 J.	I im 41. Jahre (Zange)	—	Kreuzschmerzen; starker blutiger Ausfluss. Ut. beweglich, weich, vergrössert. Parametrien frei, ohne jegl. Infiltration 15. VI. 94. Probeauskratzung.
59) Frie.M. 39 J. alt.	Regelmässig. 1. Menstruat. mit 10 Jahren.	IX	I	Vor 4 Wochen starke Blutung nach schwerer Arbeit. Pat. fühlt sich seh schwach. Ut. vergrössert, derb, retrovertiert. Vo der vorderen Muttermundslippe fühl man einen in die Scheide ragender ziemlich derben, zerklüfteten Tumor bei Berührung blutend, wallnussgross Parametrien erscheinen frei.
60) Schr. Fr. 63 J. alt.	Menopause seit 13 J.	IV	—	Seit $1^1/_2$ J. übelriechender, blutig wässeriger Ausfluss. J. U.: Am äussern Muttermund ziemlich derbes, bei Berührung blutendes zerklüftetes Geschwür, dessen Ränder gewulstet sind. Ut. klein, beweglich Parametrien frei. Anhänge nichts Besondres.
61) Kö. M. 42 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig	II	—	Blutungen seit einigen Monaten, besonders zur Zeit der Menses. Frostgefühl J. U.: Ut. mässig vergrössert, beweglich liegt etwas nach rechts. Portio verkürzt, cylindrisch. Muttermund quergespalten. Von der hinteren Muttermundslippe geht ein über wallnussgrosser, bei der Berührung blutender Tumor mit höckeriger Oberfläche und ziemlich weicher Consistenz ziemlich breit gestielt ab. Parametrien u. Anhänge frei.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. corp. ut.	18. VI. 95. Totalexstirpation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Wunde in der Mitte offen; Jodoformgaze. Im aufgeschnittenen Uterus 2 welschnussgrosse, durch intakte Schleimhaut getrennte Carcinomknoten. Uteruswand am Fundus lässt zerfallenes Carcinomgewebe aus seinen Lymphgefässen herausdrücken. Periton. intakt. Parametrien erscheinen bei mikroskopischer Untersuchung zweifelhaft.	6. VI. 95. Wohlbefinden. Entlassung.	9. XII. 97. Recidivfrei.
Carc. cerv.	4. VII. 95 Totalexstirpation in üblicher Weise. Jodoformgaze in den in der Mitte befindlichen Schlitz. Vor der Operation Auskratzung und Verschorfung der carcinomat. Massen.	24. VII. geheilt.	Ueber Pat. war nichts mehr zu ermitteln.
Carc. cerv.	15. VII. 95. Totalexstirpation per vag. Zuvor Auskratzung u. Verschorfung des Carcinoms; alsdann die übl. Operation ohne besondere Schwierigkeit. Jodoformgaze in die Peritonealöffnung.	29. VII. geheilt entlassen.	13. XII. 97. Recidivfrei.
Carc. port.	28. VIII. 95. Abtragung des Tumors der hinteren Muttermundslippe, sowie der vorderen Muttermundslippe. 31. VIII. Totalexstirpation glatt und ohne besondere Störung. Da eine Ligatur abgleitet, wird eine Billrot'sche Klammer angelegt. Hinter derselben Seidenligatur, Unterbindung des Stumpfes. Jodoformgaze in den Wundschlitz.	Nachblutung. Versuch. von unten die Blutung zu stillen, misslingt. Laparotomie. Collaps. Exitus letalis.	† Verblutung.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
62) Do. B. 36 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig.	V	—	Seit $^1/_4$ Jahr blutiger Ausfluss, Schm zen im Kreuz, Drängen nach unten J. U.: Ut. wenig vergrössert, nach h ten gelegen, schwer aufrichtbar. Por cylindrisch. Am Muttermund, bes. der hinteren Lippe, eine derbe, bei d Berührung blutende, über die Oberfläc nur wenig erhabene Verdickung, v leicht höckeriger Beschaffenheit. Untersuchung eines excidierten Stüc chens ergibt: Carcinoma incipiens. Paramatrien frei.
63) Hu. Chr. 41 J. alt.	Seit dem 14. Jahre; anfangs regelmässig, später nicht.	V	2	Schmerzen im Kreuz und Ausfluss. Portio nach vorn gerichtet. Muttermu quergespalten. Portio im ganzen etw kolbig verdickt. Von der hintern M termundslippe geht ein derber, taub eigrosser Tumor ab, dessen Oberfläc etwas höckerig ist, jedoch nicht z fallen. Derselbe blutet leicht bei B rührung. Corp. retroflect., etwas v grössert, weich. Parametrien und Anhänge frei.
64) Schm. Karol. Alter ?	Regelmässig.	I	—	Seit Wochen unregelmässige Blutung keine Schmerzen. J. U.: Ut. wenig vergrössert, Cerv weich, verdickt. Muttermund für d Fingerspitze durchgängig. Im Cerv Wucherung der Schleimhaut, carcin matös. Parametrien frei, ohne Infiltration.
65) Ste. Marg. 52 J. alt.	Seit 18. Jahre regelmässig.	VII	—	Seit 6 Wochen Schmerzen im Lei starke Blutungen, Verstopfung. J. U.: An den Muttermundslippen fül man, besonders an der vorderen, ein kleinen, derben, höckerigen, leicht bl tenden Tumor. Cervix von höckerig Tumormassen erfüllt. Ut. klein, bewe lich, normal gelegen. Parametrien frei.
66) Kai. A. 59 J. alt.	1. Menses mit 13 J., regelmässig. Menopause im 51. J.	V	—	Vor 6 Tagen Abgang von Blut u Eiter, stark übelriechend; keine B schwerden. J. U.: Ut. klein, atrophisch. Cervix einen kleinen, von höckerigen, leic blutenden und bröckeligen Massen e füllten Trichter verwandelt. Parametrien rechts etwas infiltrirt u verkürzt, links frei. Ovarien atrophisc

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. uteri incipiens.	27. I. 96. Totalexstirpation in üblicher Weise, Operation geht glatt von statten. Rechtes Ovarium bleibt zurück. In die Wunde Jodoformgaze.	14. II. geheilt.	15. XII. recidivfrei.
Carc. port.	19. V. Totolexstirpation in üblicher Weise. Ohne Störung und besondere Schwierigkeit. Linkes Ovarium in einen hühnereigrossen Tumor verwandelt, wird aber, da es die grosse Scheidenöffnung gegen die Peritonealhöhle abschliesst, zurückgelassen. Scheidentrichter beiderseits bis auf einen kleinen Spalt geschlossen.	5. VI. 96 geheilt.	† 9. XII. 97 an Recidiv.
Carc. cerv.	24. 2. 96. Totalexstirpation ohne besondere Schwierigkeit. Ovarien bleiben zurück. Tubenstümpfe mit Billrot'schen Klammern gefasst. Wunde in der Mitte offen; Jodoformgaze. Das Carc. durchsetzt die Cervixwand bis auf $^1/_2$ cm gesunden Gewebes.	14. III. 96 geheilt entlassen.	30. VIII. 97 Recidiv. † 12. I. 98. Metastasen im Periton. u. in der Blase.
Carc. cerv.	26. III. 96. Auskratzung und Verschorfung der carcinomat. Massen. Alsdann Totalexstirpation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Ovarien bleiben zurück. In die Wunde Jodoformgaze.	22. IV. 96 entlassen; wahrscheinl. besteht eine Ureteren-Scheiden-Fistel.	11. VII. 96 Operation der Fistel, frühere Wunde sehr schön geheilt. † Nov. 96 an Recidiv, das bes. auf die Blase übergegriffen hatte.
Carc. cerv. corp. ut.	4. V. Untersuchung in Narkose. Das Carcinom steht an der Grenze der Radikaloperation. 6. V. Totalexstirpation glatt und ohne Störung. Drainage der Wunde. Der aufgeschnittene Uterus erweist sich hoch bis in den Cervix carcinomatös entartet. Corpusschleimhaut zeigt ebenfalls carcinomatöse Wucherungen, derb und rauh. Im rechten Parametrium ebenfalls Krebszellnester.	† 8. V. 96. Croupöse Pneumonie. Sepsis.	† infolge der Operation.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befun
67) Lo. M. 40 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig.	V	1	Seit 5 Monaten unregelmässige Mense starker Ausfluss. 3mal starke Bl tungen. J. U.: Ut. gut beweglich, glatte Schleir haut. Von der hinteren und vordere Muttermundslippe aus ragt in die Scheic ein apfelgrosser, stark zerklüftete leicht blutender, bröckeliger Tumor. Parametrien frei, rechtes etwas g spannt. Anhänge ohne Befund.
68) Za. A. 58 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig. Menopause mit 53 J.	—	—	Seit 9 Monaten unregelmässige Bl tungen; dazwischen Ausfluss. Starl Abmagerung. Genitalbefund: Uterus retroponiert, b weglich. Portio zapfenförmig, etwa nach vorn gerichtet. Ovarien, Tuben, Parametrien ohne b sonderen Befund. Auskratzung der Uterushöhle ergib Carcinom.
69) Zo. B. 62 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig. Menopause mit 56 J.	XI	—	Seit 8—9 Monaten Blutungen. J. U.: Uterus ziemlich klein, retroflc tiert, beweglich. Hintere Muttermund lippe stark vergrössert und verdick an ihrer Oberfläche ulceriert, leicht bl tend. Vordere Muttermundslippe nicl zu fühlen.
70) Sto.M. 42 J. alt.	Mit 16. J. aufgetr. Seit 20. Jahre regelmässig.	XIV	1	Seit einem halben Jahre Schmerzen i der Nabelgegend. J. U.: Ut. vergrössert, normal gelege ziemlich bewegl. Portio verdickt, kno lig aufgetrieben. Rechtes Parametriu etwas verdickt und verkürzt. Rechte Tube verdickt. Ovarien ohn besonderen Befund.
71) Schl. Sof. 52 J. alt.	Menses stets regelmässig vom 18. J. an. Menopause mit 42 J.	IV	1	Seit einigen Monaten unregelmässig Blutungen. Schmerzen in der rechte Seite und im Kreuz. J. U.: Uterus mässig beweglich. Hin tere und vordere Muttermundslippe ge bildet von einem apfelgrossen, starl zerklüfteten, höckerigen, leicht bluten den Tumor. Parametrien dick, abe nicht knollig infiltriert. Tuben, Mutterbänder, Ovarien ohne be sonderen Befund.

iagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
rc. port.	14. XII. Auskratzung und Verschorfung der carcinomatösen Massen. Totalexstirpation in üblicher Weise mit Klemmen. Das rechte Parametrium muss direkt am Uterus abgetragen werden wegen seiner Verkürzung, sodass wohl etwas carcinomatöses Gewebe zurückgelassen werden muss. Mit dem Uterus werden beide Ovarien und Tuben vollständig entfernt. In die Wunde kommt Jodoformgaze.	8. I. 97. Entlassung. Rechts eine kleine Resistenz, wahrscheinlich beginnendes Recidiv.	† 2. XI. 97 an Recidiv.
rc. corp. ut.	15. I. 97. Totalexstirpation mit Klemmen glatt und ohne Störung. Anhänge links bleiben zurück. Jodoformgaze bis an die Spitze der Klemmen. Am 4. Tag Abnahme der Klemmen.	5. II. 97. Scheidentrichter vollständig geschlossen. Geheilt entlassen.	9. X. 97 † an Recidiv.
c. port. vag.	6. II. 97. Zunächst Verschorfung des Carcinoms, dann Totalexstirpation mit Klemmen. Operation rasch und glatt; im ganzen waren nur 4 Klammern notwendig. In den Scheidentrichter Jodoformgaze. Nach 48 Stunden Entfernung der Klemmen.	27. II. geheilt entlassen.	13. I. 98 recidivfrei.
c. cerv.	15. IV. 97. Totalexstirpation per vag. ohne besondere Schwierigkeit in üblicher Weise. In die kleine Scheidenwunde Jodoformgaze.	5. V. 97 entlassen vollständig beschwerdefrei geheilt.	2. I. 98 recidivfrei.
ncroid Portio.	3. V. 97. Zunächst Abkratzung und Verschorfung der Cancroidmassen. Beim Versuch per vag. die Parametrien abzubinden, kommt man zur Ueberzeugung, dass man der Neubildung zu nahe bleibt. Daher Laparotomie in Beckenhochlagerung. Parametrien möglichst weit nach aussen abgetragen. Durch die Scheide wird ein Jodoformgazestreifen von der Bauchhöhle aus durchgezogen.	† 5. V. 97 an eitriger Peritonitis.	† infolge der Operation.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens Etwaige vorherige Behandlung Befu
72) Ru. E. 61 J. alt.	Menopause seit einigen Jahren.	unbekannt.		Blutungen seit 1 Jahr. Befund: Aus dem Cervikalkanal lass sich carcinomatöse Bröckel entfern Ut. ziemlich klein, mässig bewegli Parametrien verdächtig.
73) Schr. M. 58 J. alt.	Seit 18. Jahre regelmässig seit 5 Monaten unregelm.	X	1	Blutung und Ausfluss seit 3 Mona ohne Schmerzen. J. U.: In die Scheide ragt ein et apfelgrosser Tumor mit stark zerkl teter, bei der Berührung leicht blut der Oberfläche. Dieser Tumor entspri der vordern und hintern Muttermun lippe. Anhänge ohne besonderen Befund
74) Ro. A. 48 J. alt.	unbekannt. (fehlt in der Anamnese.)			Untersuchung in Narkose: Uterus etv vergrössert, beweglich, links ein un fähr apfelgrosses, sehr hartes My Probecurettement. Untersuchung ergi Carcinom.
75) Do. K. 46 J. alt.	Seit dem 19. J. ziemlich regelmässig.	V	—	Seit 3 Monaten in poliklinischer handlung wegen Schmerzen im Unterl J. U.: Portio nach vorn gerichtet, k big, ziemlich verdickt. Oberfläche ra Uterus vergrössert, retrovertiert, lei aufrichtbar, beweglich. Anhänge ohne besonderen Befund Untersuchung excidierter Stückchen gibt: Carcinom.
76) We. M. 54 J. alt.	Seit dem 18. J. ziemlich regelmässig.	XIII.	3	Seit 3 Wochen Abgang von blutig Schleim. J. U.: Uterus normal gelegen, gut weglich, ziemlich klein. Aeusse Muttermund geöffnet. In demselb kommt man auf eine ringsum ra Fläche, welche leicht blutet. Es lass sich kleine Stückchen abbröckeln. Lin und hinten vom Uterus fühlt man V dickungen. Tuben, Mutterbänder, Ovarien ohne sonderen Befund.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
C. c. port. uteri.	1. V. 97. Totalexstirpation in typischer Weise. Auffindung des Douglas macht grosse Schwierigkeiten. Es wird endlich auf eine verschiebliche Partie eingeschnitten, es zeigt sich aber, dass das Rectum eröffnet ist. Sofortige Vernähung desselben. Ovarien bleiben zurück. In die kleine Wunde Jodoformgaze.	† 6. V. 97. Eitrig-fibrinöse Peritonitis.	† infolge der Operation.
Cancroid d. portio.	5. V. 97. Totalexstirpation. Zuvor Verschorfung des Carcinoms. Abbindung der Parametrien weit vom Uterus gelingt leicht. Scheidentrichter bis auf ein kleines Loch geschlossen. Jodoformgaze.	25. V. 87 geheilt entlassen.	8. IX. 97 Recidiv. 22. IX. 97 †.
C. c. corp. et Myoma ut.	24. VI. 97. Zunächst Entfernung eines ca. 5 Pfennigstück grossen carcinomatösen Ulcus der hintern Scheidenwand in der Nähe des Frenulums. Totalexstirpation per vag. begonnen, wird aber, da sich der Uterus absolut nicht tiefer ziehen lässt, jedenfalls wegen des Myoms, per laparotomiam beendigt. Uterus sehr brüchig, reisst ein beim Emporziehen. Es ergiesst sich Jauche in die Bauchhöhle. Das Myom ist ganz verkalkt. Nach der Scheide zu Jodoformgaze eingelegt.	20. VII. 97 geheilt entlassen.	24. IX. 97. Carcinom der Vulva. Exstirpation. 15. XII. 97. Recidivfrei.
C. c. cerv.	3. VII. 97. Totalexstirpation mit Klemmen. Im Anfang glatt und ohne Störung. Wegen Blutung sind 14 Klemmen nötig. Kräftige Tamponade. Nach 48 Stunden Entfernung der Klemmen.	22. VII. entlassen. Uebelriechender Ausfluss.	14. XII. 97. Pat. stellt sich vor, wird als recidivfrei befunden.
C. c. cerv.	6. VII. 97. Totalexstirpation gelingt leicht. Nichts besondres. Scheidentrichter in der Mitte offen, Jodoformgaze.	25. VII. geheilt entlassen.	13. XII. 97 recidivfrei.

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens Etwaige vorherige Behandlung. Befu
77) Ma. K. 46 J. alt.	Seit 17. J. regelmässig Seit 4 Mon. bleiben die Menses aus.	V	2	Blutung nach der Cohabitation. P kommt auf Veranlassung des Arzt J. U.: Ut. etwas vergrössert, antefl tiert, normal beweglich. Kleine Erosi In der vordern Muttermundslippe ca. haselnussgrosser, derber Knot Oberfläche etwas ulceriert, speckig legt, bei der Berührung blutend.
78) Ob. M. 38 J. alt.	Menses bestehen seit dem 16. J., immer unregelm.	II	—	Der behandelnde Arzt, welcher bei Pat. ein kleines Gewächs entfernt ben soll, schickt dieselbe in die Klin J. U.: Ut. normal beweglich, antefl tiert, etwas vergrössert. Portio st kolbig aufgetrieben; hauptsächlich n links. Oberfläche rauh, nicht blute Anhänge ohne besonderen Befund.
79) Sto. E. 49 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig.	IX	—	Seit ungefähr 10 Mon. ausserordentl profuse Menses, 14 Tage bis 3 Woc dauernd. Ihr Arzt schickt sie in Klinik. Portio gross, plump, hart mit eng unregelmässig gestaltetem Muttermu Cervix verdickt und hart. Ut. vergr sert und hart, retrovertiert, gut bew lich. Sonde ($8^1/_2$ cm) findet in Uterushöhle starke, derbe Rauhigkeit die bei der Berührung ziemlich st bluten. Oberfläche des Ut. vollkomm glatt. In der Basis des linken lig. lat. eini derbe, straffe Stränge.
80) Ueb. Barb. 39 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig.	—	—	Seit 6 Wochen andauernd Blutabga Keine Schmerzen. J. U.: Auf der Portio von der link und hintern Begrenzung des Mutt munds ausgehend ein hühnereigross an der Oberfläche stark zerfallen leicht blutender Tumor, der stark in d Scheide vorspringt, sodass die vorde Muttermundslippe fast ganz verdec wird. Cervix hart, verdickt. Ut. retr flectiert, lässt sich nicht aufrichten. Rechtes Lig. lat. straff, verkürzt, kei Anschwellungen. Linkes lig. verdick straff; seitlich vor spina ischii derb Knoten, kaum beweglich. Tuben u Ovarien dieser Seite wenig beweglic scheinen verwachsen zu sein.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. cerv.	14. VII. 97. Totalexstirpation mit Klemmen in üblicher Weise und ohne besondere Schwierigkeit. Nach 3 Tagen Entfernung der Klemmen.	1. VIII. 97. Entlassung geheilt.	13. XII. 97. Recidivfrei.
Carc. cerv.	8. VII. Totalexstirpation mit 6 Klemmen; bietet keine Schwierigkeit. Tamponade und Polsterung mit Jodoformgaze. 10. VII. Entfernung der Klemmen.	28. VII. Entlassung geheilt.	13. XII. 97. Pat. stellt sich vor. Es wird Recidiv konstatiert.
Carc. corp.	28. VII. Totalexstirpation macht ziemliche Schwierigkeiten wegen der erwähnten derben Stränge. Uterus mit Adnexen entfernt. Scheidenwunde geschlossen.	17. VIII. Wunde tadellos geheilt, entlassen.	17. XII. 97. Recidivfrei.
Carc. port. vag.	Operation beschlossen, weil die Veränderungen am l. lig. nicht sicher als carcinomatös erscheinen. 14. VIII. 97. Totalexstirpation. Zunächst nach üblicher Vorbereitung tiefe Scheiden-Dammincision links. Eröffnung des Douglas schwierig wegen zahlreicher intraperitonealer Adhäsionen. Abbindung der Parametrien mit Klemmen möglichst weit entfernt. Der erwähnte Knoten lässt sich nicht entfernen. Scheiden- und Peritonealwunde abgeschlossen.	5. IX. 97. Pat. fühlt sich wohl u. wird entlassen.	14. XII. 97. Recidiv. Abermalige Aufnahme.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
81) Hei. Marg. 34 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	VI	—	Seit 5 Mon. unregelmässige Blutunge J. U.: Portio stark verdickt, um d Dreifache vergrössert. Saum des Mu termundes unregelmässig gestaltet dur eine harte, aus dem Cervikalkanal he auswachsende Neubildung. Cervix u das Dreifache verdickt, Uteruskörp vergrössert und hart, schwer beweglic An Stelle des Cervikalkanals eine wei starkwandige Höhle mit zerfallen Wandungen, die teilweise von leic abbröckelnden Teilen der Neubildu bedeckt sind. Die beiden Parametri sehr straff. Nach links hin erschei die Neubildung die Wand des Cerv bereits überschritten zu haben, dess hintere Wand auch sehr stark verkür ist. Knollige Verdickungen in den P rametrien nicht nachweisbar.
82) Ber. A. 62 J. alt.	Bis zum 53. J. regelmässig.	XI	—	Seit 10 Wochen Abgang von Blut u Wasser. J. U.: An Stelle der Portio eine zc fallene Neubildung mit scharfen infi trierten Rändern, die nach linkshin a das Scheidengewölbe übergreift. Cerv verdickt, Aussenfläche glatt. Corp gut beweglich. Tuben und Ovarien oh path. Befund. Rechtes Parametriu dünn, zart, gut dehnbar; linkes unmi telbar am Abgang vom Ut. leicht ve dickt, im übrigen straff, hart und etw verkürzt. Keine knolligen Verdickunge
83) Woe. Bh. 43 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	IX	—	Seit nahezu 1 Jahr starke Blutung; vo Arzt mit Tropfen behandelt. J. U.: An Stelle der Portio ein i Ganzen rundlicher Tumor von der Grös eines Borstorfer Apfels; ziemlich derb Konsistenz, an der Oberfläche vielfac zerfallen, leicht blutend. Die Neubi dung greift ringsum mit scharfer Gren auf das Gewebe der Portio über, läs jedoch allenthalben das Scheidengewöll völlig frei. Cervix stark verdickt u hart. Corpus anteflectiert, mässig g beweglich.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
Carc. cerv.	16. VIII. 97. Wegen der Grösse und schweren Beweglichkeit des Ut. und anderer im Befund angegebenen Schwierigkeiten wird die abdominale Exstirpation ausgeführt. Dieselbe macht aber auch noch ziemliche Schwierigkeiten. Neubildung geht hinten und vorn bis ans Peritoneum heran. Abbindung auf beiden Seiten möglichst weit vom Uterus. Bauchwunde durch tiefgreifende Silberdrähte geschlossen.	3. IX. entlassen mit völligem Wohlbefinden.	18. XII. 97. Recidivfrei.
Carc. cerv.	27. VIII. Totalexstirpation per vag. nicht ohne Schwierigkeit. Peritoneum und Scheidenwunde mit Catgutnähten abgeschlossen. Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.	15. IX. geheilt entlassen.	5. I. 98. Recidivfrei.
Carc. cerv.	2. XII. 97. Totalexstirpation per vag. in üblicher Weise ohne Störung. Schluss der Wunde mit Catgutnaht.	28. XII. entlassen. Abgang von Urin.	Bis jetzt recidivfrei.

Tabelle II. (a.)

Carcinoma portionis.

Zeitraum der Operation Zahl und Form des Carcinoms	† im Anschluss an die Operat.	Verschollen	† an andern Krankheiten	Recidiv	† an Recidiv	Zu Zei gesu
Summa 0						
1. I. 87 bis 31. XII. 87	—	—	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 88 bis 31. XII. 88	1	—	—	—	1	—
Summa 6						
1. I. 89 bis 31. XII. 89	1	—	—	—	3	2
Summa 4						
1. I. 90 bis 31. XII. 90	—	—	2	—	2	—
Summa 0						
1. I. 91 bis 31. XII. 91	—	—	—	—	—	—
Summa 4						
1. I. 92 bis 31. XII. 92	1	—	—	—	1	2
Summa 5						
1. I. 93 bis 31. XII. 93	2	—	1	1	—	1
Summa 3						
1. I. 94 bis 31. XII. 94	—	—	—	1	—	2
Summa 1						
1. I. 95 bis 31. XII. 95	1	—	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 96 bis 31. XII. 96	—	—	—	—	2	—
Summa 5						
1. I. 97 bis 31. XII. 97	1	—	—	1	1	?

Tabelle II. (b.)

Carcinoma cervicis.

eitraum der Operation Zahl d Form des Carcinoms	† im Anschluss an die Operat.	Verschollen	† an andern Krankheiten	Recidiv	† an Recidiv	Zur Zeit gesund
Summa 0						
. I. 87 bis 31. XII. 87	—	—	—	—	—	—
Summa 1						
. I. 88 bis 31. XII. 88	1	—	—	—	—	—
Summa 0						
. I. 89 bis 31. XII. 89	—	—	—	—	—	—
Summa 1						
. I. 90 bis 31. XII. 90	—	—	—	—	1	—
Summa 5						
. I. 91 bis 31. XII. 91	1	1	—	—	2	1
Summa 2						
. I. 92 bis 31. XII. 92	—	—	—	—	2	—
Summa 3						
. I. 93 bis 31. XII. 93	—	—	1	—	1	1
Summa 5						
. I. 94 bis 31. XII. 94	—	1	—	—	1	3
Summa 3						
I. 95 bis 31. XII. 95	—	1	—	—	—	2
Summa 2						
I. 96 bis 31. XII. 96	—	—	—	—	2	—
Summa 8						
I. 97 bis 31. XII. 97	—	—	—	—	—	8
Carc. port. et cerv.					1	

Die primären Resultate der 63 Totalexstirpationen bei Columkarcinom weisen eine Mortalität von 9 Fällen oder 14,2 % auf. 5 Todesfälle erfolgten an Infektion (Peritonitis); darunter ist ein Fall, bei dem nachträglich wegen Blutung die Laparotomie ausgeführt wurde. 4 Todesfälle waren durch Shock und Blutung verursacht.

Auf die einzelnen Carcinom-Formen verteilen sich die Todesfälle derart, dass die reinen Portiokarcinome mit 7 oder 11,1 %, die reinen Cervixkarcinome mit 2 oder 3,1 % letaler Ausgänge beteiligt sind.

Verschollen sind 2, gestorben an andern Krankheiten oder unbekannter Ursache 4 Frauen.

Was die sogenannten Dauerresultate anlangt, so bekamen Rezidiv im 1. Jahr von 54 Fällen 19 oder 35,1 %; im 2. Jahr von 25 Fällen 3 oder 12 %; im 3. Jahr von 22 Fällen 1 oder 4,5 %. Nach dem 3. Jahr wurden keine Rezidive mehr beobachtet. Im ganzen wurden von 48 in Betracht kommenden Fällen 23 oder 47,8 % rückfällig.

Rezidivfrei waren nach Ablauf des 1. Jahres von 35 Fällen: 27 oder 77,1 %.

Nach	2	Jahren	waren	noch	rezidivfrei	15
„	3	„	„	„	„	12
„	4	„	„	„	„	6
„	5	„	„	„	„	5
„	6	„	„	„	„	3
„	7	„	„	„	„	2
„	8	„	„	„	„	2.

Im ganzen sind bis heute rezidivfrei, eingerechnet die Fälle von 1897, 23 oder 40,3 %.

Wegen Corpuskarcinom wurde 16 mal die vaginale Totalexstirpation vorgenommen, 4 mal die abdominale so dass im Ganzen 20 Radikaloperationen bei Carcinoma corperis ausgeführt wurden.

Tabelle III.

Carcinoma corporis.

Zeitraum der Operation Zahl und Form des Carcinoms	† im Anschluss an die Operat.	Verschollen	† an andern Krankheiten	Recidiv	† an Recidiv	Zur Zeit gesund
Summa 2						
1. I. 87 bis 31. XII. 87	—	—	1	—	—	1
Summe 1						
1. I. 88 bis 31. XII. 88	—	1	—	—	—	—
Summa 0						
1. I. 89 bis 31. XII. 89	—	—	—	—	—	—
Summa 1						
1. I. 90 bis 31. XII. 90	—	—	—	—	1	—
Summa 4						
1. I. 91 bis 31. XII. 91	2	—	1	—	—	1
Summa 2						
1. I. 92 bis 31. XII. 92	—	—	—	—	1	1
Summa 1						
1. I. 93 bis 31. XII. 93	—	1	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 94 bis 31. XII. 94	2	—	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 95 bis 31. XII. 95	—	—	—	—	—	2
Summa 2						
1. I. 96 bis 31. XII. 96	1	—	—	—	—	1
Summa 3						
1. I. 97 bis 31. XII. 97	1	—	—	—	1	1

An den Folgen der Operation starben 6 Frauen, darunter die 4, bei welchen die Laparotomie gemacht wurde, an Peritonitis. Nach Abzug der Verschollenen und der an anderen Krankheiten Gestorbenen kommen nur noch 11 in Betracht.

Im 1. Jahr wurden rückfällig 1 oder 9,9 %. Im ganzen wurden rückfällig 4 oder 36,3 %.

Die Prozentzahlen der Heilung sind nach Ablauf des 1. Jahres von 10 in Betracht kommenden Fällen 10 oder 100 %.

Nach Ablauf des 2. Jahres von 10 Fällen 7 oder 70 %.

Nach	3	Jahren	waren	noch	rezidivfrei 4
„	4	„	„	„	„ 3
„	5	„	„	„	„ 2
„	6	„	„	„	„ 2
„	7	„	„	„	„ 1
„	8	„	„	„	„ 1
„	9	„	„	„	„ 1
„	10	„	„	„	„ 1

Gegenwärtiges Heilungsresultat: Im ganzen sind noch rezidivfrei 7 oder 43,7 %.

Nehmen wir Collum- und Corpuskarcinome zusammen, so sind im Ganzen noch rezidivfrei 30 oder 40,1 % (nach Abzug der Verschollenen.) Dabei sind jedoch auch die Fälle vom Jahr 97 mitgerechnet, bei welchen seit dem Zeitpunkt der Operation meist noch kein ganzes Jahr verflossen ist.

Um ein klares Bild zu gewinnen über den Verlauf der Fälle, die länger als ein Jahr rezidivfrei blieben, lassen wir eine Rezidivtabelle folgen. Auch hier sind die zuletzt Operierten mit aufgeführt.

Recidivtabelle (IV.)

Namen.	Jahr und Monat der Operation.	Art des Carcinoms.	Befinden nach Jahren											
			½	1	1½	2	2½	3	4	5	6	7	8	9	10
o. B.	V. 87.	Carc. corp.	gg	gg	† R										
ch. A.	87.	Carc. corp.	gg	gg	gg										
r. A.	V. 89.	Carc. port.	gg	gg	gg										
ei. A.	III. 89.	Carc. port.	gg	gg	gg										
ö. B.	XII.89.	Carc. port.	gg	gg	gg	gg	† R								
cher. K.	V. 90.	Carc. port.	gg	gg	† R										
ii. A.	V. 91.	Carc. cerv.	gg	gg	R	†									
ö. M.	IV. 91.	Carc. corp.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
o. M.	IX. 91.	Carc. cerv.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
rö. K.	II. 92.	Carc. port.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
nsch. K.	IV. 92.	Carc. adenom.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
i. E.	VII.92.	Carc. corp.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
o. K.	XI. 92.	Carc. port.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
chm. B.	I. 93.	Carc. port.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
e. S.	XII.93.	Carc. cerv.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
chmi. D.	I. 94.	Carc. port.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
en. M.	I. 94.	Carc. corp.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
ü. M.	II. 94.	Carc. cerv.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
o. E.	V. 94.	Carc. port.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
h. B.	V. 94.	Carc. cerv.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
ug. Fr.	V. 94.	Carc. cerv.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
m. M.	X. 94.	Carc. port.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
rei. K.	IV. 95.	Carc. corp.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
ez. L.	V. 95.	Carc. cerv.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
Vei. M.	VI. 95.	Carc. corp.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
chwei. F.	VII.95.	Carc. cerv.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
o. B.	I. 96.	Carc. corp.	gg	gg	gg	gg	gg	gg							
u. Chr.	V. 96.	Carc. corp.	gg	gg	† R	gg	gg	gg							
o. B.	II. 97.	Carc. port.	gg	gg											
t. M.	IV. 97.	Carc. cerv.	gg												
o. A.	VI. 97.	Carc. corp.	gg												
o. K.	VI. 97.	Carc. cerv.	gg												
Ve. M.	VII.97.	Carc. cerv.	gg												
a. K.	VII.97.	Carc. cerv.	gg												
t. E.	VII.97.	Carc. port.	gg												
ei. M.	VIII.97.	Carc. cerv.	gg												
e. A.	VIII.97.	Carc. cerv.	gg												
Vö. B.	XI. 97.	Carc. cerv.	gg												

Aus unserer Zusammenstellung ersehen wir, dass im Ganzen 15 oder 18,7 % aller Fälle im Anschluss an die Operation starben. Als Todesursachen sind auch hier zu bezeichnen die 2 Hauptgefahren: Infektion und Blutung.

Winter schreibt in seinem Aufsatz: „Ueber die Schrödersche supravaginale Amputation bei Portiokarcinom“:

Eine lebenssichere Operation wird die Totalexstirpation ebenso wenig, vielleicht noch weniger als die Ovariotomie. Zuweilen werden Todesfälle durch Infektion nicht ausbleiben; jauchende Karcinommassen und Pyometra erleichtern das Zustandekommen. Ureterenunterbindung kommt ebenfalls vor. Reichel hat uns im Ileus, welcher durch Verlötung von Darmschlingen im Douglas entsteht, eine neue Gefahr der Totalexstirpation kennen gelehrt. Solche Todesfälle werden nicht ausbleiben und von Zeit zu Zeit wird vor allem die infektiöse Peritonitis noch Opfer fordern.

Aus der Statistik ergibt sich weiter, dass entschieden die meisten Rezidive, 21 oder 35,6 %, im 1. Jahr auftraten, dass sie dann von Jahr zu Jahr seltener werden und dass nach dem 5. Jahr überhaupt kein Rückfall mehr beobachtet wurde.

Im Anfang sprach man die 2 volle Jahre vom Rezidiv Verschonten als endgiltig geheilt an; man war aber genötigt, mit längerer Beobachtung den Termin weiter hinauszurücken. Jetzt ist man dahin gelangt, die 5 Jahre Freibleibenden als geheilt anzusehen. Dieser Termin dürfte denn auch nach den Ergebnissen der dauernden Kontrole der Operierten genügend weit gesetzt erscheinen. In diesem Sinne dürfte unsre Statistik in gewissem Grade als Bestätigung der gefundenen Thatsache gelten.

Allein herzlich wenig sind es, welche diesen fernen Zeitpunkt andauernder Heilung erreichen. Aus allen Statistiken lässt sich erkennen, dass kaum 30 % der Operierten 5 Jahre gesund bleiben, dass überhaupt noch keine 10 % aller an Gebärmutterkrebs leidenden Frauen einer radikalen Heilung teilhaftig werden.

Wenn nun auch die Erfolge keine glänzenden sind, wenn auch nach 2 Jahren beinahe die Hälfte der Operierten dem tückischen Rückfall verfällt, so haben wir doch nicht im Mindesten die Berechtigung hier pessimistische Ansichten Platz greifen zu lassen, zu behaupten, man habe den Kranken durch die Operation nichts genützt. Die Kunst des Arztes besteht nicht nur darin, den kranken Menschen vollständig und dauernd zu heilen, sondern auch darin, ihm das Leben zu verlängern und ihm seine Qual und Beschwerden zu erleichtern. Den Operierten ist doch mit wenigen Ausnahmen Monate, selbst Jahre lang das Bewusstsein der wieder erlangten Gesundheit geschenkt. Ausserdem ist es eine unzweifelhafte Thatsache, dass der grossen Mehrzahl der Patientinnen, auch wenn sie nachher an Rezidiv erkranken, der Rest ihres Lebens erheblich erleichtert wird.

Olshausen schreibt hierüber in seinen klinischen Beiträgen zur Gynäkologie und Geburtshilfe: „Auf die Operation folgt fast stets ein beschwerdefreies längeres Stadium, während vorher Blutungen, Ausflüsse und Schmerzen die Kranken quälten. Kommt aber das Rezidiv, das meist ausserhalb der verschlossenen Vagina als Infektionsrezidiv erfolgt, so treten dann wohl etwas blutwässerige Absonderungen auf, aber selten jene furchtbar stinkenden Ausflüsse, wie sie dem zerfallenen Karcinom eigen sind. Besonders scheinen auch die Schmerzen ungleich unerheblicher zu sein und für lange Zeit zu bleiben.“

Die Klage über den verhältnismässig geringen Erfolg bei der heutigen Operationstechnik wird zum Teil hinfällig und die Sache erscheint in ganz anderem Lichte, wenn man bedenkt, dass im Durchschnitt 70 Prozent aller dieser Kranken inoperabel zur ersten Untersuchung kommen und dass von den übrigen 30 % ein gut Teil keine reinen Fälle vorstellt, insoferne bei ihnen durch die Untersuchung und die Operation zur Evidenz festgestellt wurde, dass der Krebs die Grenzen des Uterus bereits überschritten hatte bezw. so nahe der Exstirpationslinie gekommen war, dass von einem Operieren im Gesunden gar nicht die Rede sein konnte.

Dass die meisten Karcinome zu spät zur Operation kommen, ist eine zweifellos feststehende Thatsache und man fragt sich: Woher kommt das?

Die Hauptschuld liegt entschieden an den Kranken selbst, ein Teil derselben aber auch an der falschen Behandlung, an der zu spät gestellten oder verfehlten Diagnose.

Bei den meisten Frauen sind Unkenntnis, Nachlässigkeit oder falsche Belehrung durch andere die Gründe, welche sie abhalten, einen Arzt zu befragen. Die im Anfang geringe Blutung wird nicht beobachtet; die Frauen bei denen schon längst Menopause besteht, glauben, ihre Periode sei wieder eingetreten.

Insbesondere trifft dieses zu für das Material der hiesigen Klinik, die fast ausschliesslich durch Frauen vom Land und zwar aus den niedersten Klassen der Bevölkerung frequentiert wird. Da wird schon aus pekuniären Rücksichten die Befragung des Arztes möglichst weit hinausgeschoben, in der Hoffnung, das Leiden vergehe wieder von selbst. Es ist klar, dass dem gegenüber das Material der Kliniken in grösseren Städten ungemein viel günstiger ist bezüglich initaler Fälle.

Interessante Beobachtungen über die Zeitdauer vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Befragen des Arztes von seiten der Kranken hat Thorn angestellt. Von 226 Kranken suchten 23 gleich nach den ersten Symptomen ärztliche Beratung, 13 liessen einen Monat vergehen, 29 zwei Monate, 41 drei, 25 vier, 13 fünf, 27 sechs, 9 sieben, 12 acht, 8 neun, 2 zehn, 2 elf, 11 zwölf Monate und 11 Kranke warteten über 1 Jahr, ehe sie sich zum ersten Gang zum Arzt bequemten. Diese Zahlen reden mehr als alles andere von der unglaublichen Sorglosigkeit und Nachlässigkeit der Krebskranken.

Angesichts dieser betrübenden Thatsache, drängt sich uns die weitere Frage auf, ob sich denn die Prognose noch besser wird gestalten können. Inwiefern diese Frage zu beantworten ist, wollen wir am Schlusse dieser Arbeit noch erörtern.

Der Beweis von der endgiltigen Heilbarkeit des auf den Uterus völlig beschränkten Karcinoms ist erbracht und durch unsere Statistik vollauf bestätigt. Die moderne Gynäkologie verfügt über Operationsmethoden, die allen reinen Fällen gerecht werden. Es ist jedoch nötig, auf den bisher betretenen Bahnen fortzuschreiten und weiter zu arbeiten, um die oben erwähnten Misstände zu beseitigen und günstigere Verhältnisse herbeizuführen. Auf welche Weise dies Ziel zu erreichen wäre, darüber äussert sich Thorn am Ende seines Aufsatzes: „Statistisches und Klinisches zum Karcinoma uteri“: Alles Heil ist auch hiefort nicht von riskanten Operationen, sondern allein von der frühzeitigsten Diagnose zu erwarten. Was an Hilfsmitteln dazu nötig ist, gibt die heutige Schule jedem Arzt in völlig ausreichendem Maße in die Praxis mit. Macht ein jeder in seinem Kreise vollen Gebrauch davon und lässt er es sich besonders angelegen sein, den Kampf gegen alte Vorurteile, Unwissenheit und Nachlässigkeit seiner Schutzbefohlenen energisch durchzufechten, namentlich in den kritischen Jahren jede Gelegenheit zur Aufklärung und Mahnung zu benutzen und auch da, wo scheinbar kein Symptom, keine Klage der Hilfesuchenden auf ein Leiden der Genitalsphäre hindeutet, wo aber doch die entfernte Möglichkeit eines solchen nicht von der Hand zu weisen ist, sich volle Klarheit zu verschaffen, so wird der Erfolg eines solch' sorgsamen Waltens seines Amtes nicht ausbleiben und sein Verdienst wird kein geringeres sein, als das des Operateurs, der Dank seiner Hilfe den früh erkannten Krebs ausrottet. Wie viel Segen ruht in solcher Thätigkeit des Hausarztes bei einem Leiden, das an Grausamkeit alle andern übertrifft. Auch die Prognose des Gebärmutterkrebses liegt, um einen bekannten Ausspruch Richard v. Volkmann's zu übertragen, in der Hand der Hausärzte. Möchte es ihnen gelingen, sie immer günstiger zu gestalten und möge ihre Mitarbeit der operativen Gynäkologie, die vorläufig an der Grenze des Erreichbaren angelangt zu sein scheint, zu neuen Lorbeeren verhelfen.

Litteraturverzeichnis:

Schmidt, Diss., Erlangen 1894.

Schaller, Diss., Berlin 1890—91.

Münch. med. Wochenschrift. Jahrgang 44. No. 45, 46, 47. Thorn: Statistisches und Klinisches zum Carcinoma uteri.

Archiv für Gynäkologie. 1892. Rich. Kruckenberg: Resultate der operat. Behandlung des Carcinoms und Sarcoms der Gebärmutter, speciell der vaginal. Totalexstirpation des Uterus.